

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA EVROPSKÉ INTEGRACE

Sociálně-ekonomické aspekty zdraví
Social and Economic Aspects of Health

Student: Radka Jurášková

Vedoucí diplomové práce: Ing. Naděžda Antošová, Ph.D.

Ostrava 2008

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci včetně všech příloh vypracovala samostatně.“

V Ostravě dne 25. dubna 2008

.....
Radka Jurášková

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Ing. Naděždě Antošové, Ph.D. za podnětné a cenné připomínky a rady, které mi při tvorbě této práce poskytla.

OBSAH

ÚVOD	1
1 SOCIÁLNĚ-EKONOMICKÝ ROZVOJ A ZDRAVÍ V GLOBÁLNÍM KONTEXTU	3
1.1 DEFINOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	4
1.2 GLOBÁLNÍ SROVNÁNÍ ZDRAVÍ	5
1.2.1 Zdraví ve vyspělých zemích.....	9
1.2.2 Zdraví v rozvojových zemích.....	13
1.2.4 Výdaje na zdraví	16
1.3 VÝVOJ OPATŘENÍ NA PODPORU ZDRAVÍ.....	20
1.3.1 Geneze podpory zdraví	21
1.3.2 Teorie a modely v podpoře zdraví	23
1.3.3 Hlavní prvky podpory zdraví	24
1.3.4 Světová zdravotnická organizace.....	25
1.4 SHRNUÍ	26
2 ZDRAVÍ A SOCIÁLNĚ-EKONOMICKÝ ROZVOJ V EVROPSKÉ UNII.....	28
2.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ V EU A JEHO DOPADY NA ZDRAVÍ A EKONOMICKOU VÝKONNOST	29
2.2 VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V EU	34
2.3 ZDRAVOTNÍ RIZIKA POPULACE EU	36
2.3.1 Drogová problematika v EU.....	38
2.3.2 Duševní zdraví v EU	40
2.4 ZDRAVÍ V EVROPSKÉ UNII A DOPADY NEMOCÍ NA SPOLEČNOST.....	41
2.5 SITUACE V OBLASTI ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	50
2.6 SHRNUÍ	51
3 OPATŘENÍ EU V OBLASTI ZDRAVÍ.....	53
3.1 KOMPETENCE A SUBJEKTY PŮSOBÍCÍ V OBLASTI ZDRAVÍ	53
3.2 PROGRAM ZDRAVÍ PRO VŠECHNY	57
3.3 STRATEGIE EVROPSKÉ UNIE V OBLASTI ZDRAVÍ	58
3.3.1 První akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví na období 2003-2008	58
3.3.2 Druhý akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví na období 2008-2013	60
3.3.3 Bílá kniha - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou.....	64
3.4 SHRNUÍ	69
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74

Úvod

Zdraví je aktuálním tématem dnešní doby. Proto jsem si pro svou diplomovou práci zvolila téma sociálně-ekonomické aspekty zdraví, neboť zdraví patří k základním lidským hodnotám a tudíž mu bude vždy věnována velká pozornost. Zdraví by mělo pro každého z nás představovat jednu z nejvyšších hodnot, jelikož je jedním z předpokladů kvalitního života.

Zdraví občanů by také mělo být prioritou pro zákonodárce a ostatní subjekty podílející se na tvorbě politiky, protože zdravá populace je základním pilířem pro rozvoj daného státu, ekonomický růst nebo pro zvyšování konkurenceschopnosti. Zdraví občané přispívají k výkonnosti ekonomiky zejména tím, že se podílejí na zvyšování produktivity a nabídky práce. Zdraví lidé většinou disponují lepšími předpoklady pro využití svých schopností při dosahování dobrých výsledků ve studiu i v práci. Zdraví také přispívá k výkonnosti ekonomiky tím, že vede k vyšším úsporám a investicím, neboť zdravý člověk může pracovat více let a dosáhnout tak vyšších příjmů, což má dopady na úspory a investice. V neposlední řadě snižuje zdravá populace nároky na financování zdravotního systému.

Cílem diplomové práce je vymezit základní aspekty problematiky vztahu zdraví a sociálně-ekonomického rozvoje se zaměřením na EU a analyzovat a charakterizovat opatření EU přijímaná pro oblast zdraví.

V rámci první kapitoly se budu zabývat problematikou zdraví z globálního hlediska, budou definovány základní pojmy se zdravím související a dále vymezeny rozdíly v úrovni zdraví a výdajů na zdravotní péči mezi rozvojovými a vyspělými zeměmi. Zaměřím se na skupiny onemocnění, které jsou pro dané oblasti určující a představují pro ně největší rizika. Další část bude věnována podpoře zdraví, a také hlavním prvkům podpory zdraví.

V závěru první kapitoly bude představena činnost Světové zdravotnické organizace, jako jednoho z nejvýznamnějších subjektů v oblasti zdraví.

Druhá kapitola se již zcela soustřeďuje na situaci v Evropské unii. Zdraví zde představuje jednu z klíčových oblastí zájmu. Je zřejmé, že bez zdravé populace Evropská unie nedosáhne řady ambiciózních cílů, které si především v ekonomické oblasti předsevzala.

V rámci této kapitoly budou vymezeny hlavní zdravotní rizika populace EU a dopady nemocí na společnost. Dalším bodem budou výdaje na zdravotní péči v Evropské unii a v závěru budou uvedeny údaje o zdraví v České republice, zejména budou vymezeny hlavní příčiny úmrtnosti a struktura nemocí.

V rámci třetí kapitoly budu charakterizovat a hodnotit opatření v oblasti zdraví, která jsou přijímaná na úrovni EU. Protože se EU řídí při formování zdravotní politiky i při posuzování jednotlivých zdravotních problémů zásadami Světové zdravotnické organizace, v úvodní části této kapitoly bude charakterizován program WHO *Zdraví pro všechny*.

V dalších částech budou popsány již konkrétní akční plány Společenství v oblasti veřejného zdraví. Také budou představeny nejvýznamnější Bílé a Zelené knihy, které byly v souvislosti se zdravím v EU vydány. Závěr kapitoly bude věnován zhodnocení přijímaných opatření na úrovni Evropské unie.

Při zpracování diplomové práce byly použity odborné publikace mezinárodních organizací a institucí zabývajících se problematikou zdraví a sociálně-ekonomického rozvoje a publikace zaměřující se specificky na problematiku zdraví v Evropě. Jde zejména o publikace Světové zdravotnické organizace či specializovaných komisí a institucí EU. Dalším významným zdrojem byly dokumenty a programy EU přijaté pro oblast zdraví a zdravotní péče.

1 Sociálně-ekonomický rozvoj a zdraví v globálním kontextu

Zdraví se dostává do popředí zájmu všech vyspělých společností a zároveň se stává znepokojujícím tématem dnešní doby, protože být zdravý nemůžeme považovat za samozřejmost. Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot, která ovlivňuje kvalitu života. Výstižným je výrok bývalého generálního ředitele Světové zdravotnické organizace, Halfdana Mahlera, který poznamenal, že: „zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“¹

V globálním kontextu nemají všichni lidé stejnou šanci na zdravý život, neboť lidé, kteří žijí v bídě musejí čelit velkým sociálním problémům a ty následně ovlivňují zdraví jejich, ale také členů jejich rodiny po celý život. Zdraví je jedním ze základních východisek pro život a proto musí být zohledněno v aktivitách každodenního života. Přitom není důležité jen pro kvalitní život jednotlivců a společností, ale zdravé obyvatelstvo je také základní podmínkou hospodářské prosperity a produktivity. Klíčovým faktorem hospodářského růstu není pouze délka života, ale také délka života prožitého ve zdraví.

Prostředky vynaložené na zdraví nejsou jen náklady, ale rovněž investice. Skutečné náklady pro společnost tvoří přímé a nepřímé náklady, které jsou spojené se špatným zdravotním stavem populace a nedostatečnými investicemi do oblastí zdraví. Podle studie EU *The contribution of health to the economy in the EU* z roku 2005 se odhaduje, že roční hospodářské zatížení způsobené koronárním onemocněním může dosahovat až 1 % HDP a náklady na duševní nemoci až 3-4 % HDP.²

Zdravotní stav obyvatelstva není předmětem pouze zdravotní politiky, ale důležitou roli sehrávají také další politiky, jako např. politika životního prostředí, ochrana zdraví a bezpečnosti při práci, výzkum a inovace v oblasti zdravotnictví, zdanění tabákových výrobků, předpisy týkající se farmaceutických a potravinových výrobků, a další.

¹ WHO. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO. 1999. 230 s. ISBN 92-890-1349-4.

² SUHRCKE, M., McKEE, M., a kol. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. 140 s. ISBN 92-894-9829-3.

Zdraví také úzce souvisí s pojmem globalizace, která způsobuje, že nejen zdravotní problémy, ale také jejich řešení přesahují hranice států a jejich příčiny a dopady často sahají napříč různými odvětvími.

1.1 Definování základních pojmů

V této části práce budu definovat pojmy, které úzce souvisí se zvoleným tématem a budou v dalším textu nejčastěji používány.

V první řadě bych se zastavila u samotného pojmu zdraví. Podle definice WHO (Světová zdravotnická organizace) z roku 1948 „zdraví není jen absence nemocí, ale je to stav celkové fyzické, duševní a společenské pohody. Takto definované zdraví je východiskem pro zlepšování zdraví populace, a to nejen přehodnocením priorit ve zdravotnictví, ale také formou širšího programu, zahrnujícího společensko-ekonomické změny.“³ Tato definice byla přijata k Preambuli k Ústavě WHO na Mezinárodní konferenci ke zdraví, která se konala v New Yorku ve dnech 19.- 22. 6. 1946.

Za hlavní determinanty zdraví můžeme považovat jednak vnitřní vlivy, které jsou neovlivnitelné a řadíme zde genetický základ, vrozené dispozice, věk a pohlaví, a dále vlivy vnější, které jsou ovlivnitelné a jedná se zejména o životní prostředí, životní styl a zdravotní péči. Mezi prvky životního stylu, které mají vliv na zdraví, patří především výživa, pohybová aktivita, kouření, konzumace alkoholu, stres, rizikové sexuální chování, konzumace drog, hygienické návyky, práce a pracovní podmínky a v neposlední řadě vhodná relaxace a odpočinek. Tyto prvky mohou mít na zdraví člověka dvojitý vliv a to pozitivní, kdy např. při správném výživovém chování, dostatečné pohybové aktivitě, správných hygienických návycích, vhodných pracovních podmínkách, a dostatečné relaxaci, dochází ke snížení pravděpodobnosti vzniku určitého onemocnění. Dále se jedná o vliv negativní, způsobený špatným výživovým chováním, nízkou pohybovou aktivitou, nadměrnou konzumací alkoholu nebo drog, kouřením, nevhodnými nebo nedostatečnými hygienickými návyky, apod. Tento vliv naopak zvyšuje pravděpodobnost vzniku určitého

³ V anglickém originále zní definice zdraví takto: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

onemocnění. V rozvinutých zemích se způsob života na zdravotním stavu podílí zhruba 50-60 %, životní a pracovní prostředí 10-20 % a úroveň lékařské péče asi 10 %.⁴

Dále se budu věnovat pojmu nemoc. Nemoc můžeme definovat jako patologický stav, který může být diagnostikován a kategorizován a kdy hodnoty měřitelných biologických proměnných jsou mimo normální stanovený rozsah. Slovo onemocnění, nemoc je možné v angličtině vyjádřit třemi specifickými pojmy:

- Illness – vyjadřuje subjektivní pocit nemoci, např. bolest, strach, slabost, deprese,
- Sickness – zahrnuje sociologický rozměr nemoci (případná omezení sociálního uplatnění),
- Disease – obsahuje biologický stav, který je kategorizován podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MNK).⁵

Samotná zdravotní politika „je součástí politiky, která je vyjádřením zájmů státu na zdravotním stavu jeho obyvatel. Cílem této politiky by mělo být zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Jejím předmětem by pak mělo být poznání vztahů, procesů a jevů, které se na utváření zdravotního stavu populace podílejí a jejich postižení prostřednictvím politických rozhodnutí, směřujících především do oblasti legislativy a do sféry ekonomických nástrojů a mechanismů.“⁶

1.2 Globální srovnání zdraví

Výskyt různých onemocnění a také hlavní příčiny úmrtí se podstatně liší v rozvojových a vyspělých zemích. Hlavní příčinou úmrtí v rozvojových zemích jsou infekční a parazitické choroby, zatímco úmrtí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění převládají v zemích vyspělých, za nimi pak následují další civilizační onemocnění. Obecně platí, že čím je nižší životní úroveň dané oblasti, tím více zde zdraví ovlivňují infekční nemoci. Souvisí to především s těmito faktory: chudoba, nedostatečný přístup k pitné vodě a kanalizaci, chybějící hygienické návyky, výživa, která souvisí hlavně s obranyschopností

⁴ HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1.vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

⁵ tamtéž.

⁶ DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika*. 1.vyd. Brno: Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity, 1996. 116 s. ISBN 80-210-1466-0.

a imunitou, kdy při nedostatku vitamínů, minerálů a bílkovin obecně platí, že se lidé stávají více náchylnými pro přenos nebo rozvoj určitých onemocnění. Dalším faktorem je kvalita a dostupnost zdravotní péče.

Podle zprávy *Bezpečnější svět, naše společná odpovědnost*, která byla zveřejněna Organizací spojených národů v roce 2004, jsou infekční nemoci jednou z hrozeb pro mezinárodní bezpečnost. V globálním světě, kde jsou jednotlivé regiony navzájem propojeny dopravními koridory, obchodem a kde dochází k nárůstu migrace, rychlému rozvoji velkých měst a zvyšování počtu lidí žijících v chudinských oblastech s nedostatečným přístupem ke kanalizaci, pitné vodě, zdravotní péči, se infekční nemoci stávají jedním z významných globálních problémů. Infekční nemoci zhoršují sociální situaci zasažených lidí, zvláště v chudých částech světa, protože nemocní nemohou pracovat, případně je jejich pracovní výkonnost nižší. Snížení nebo absence příjmu nemocného člověka může vést k propadu životní úrovně celé rodiny. Zvýšená úmrtnost, která je zvláště výrazná u některých epidemií, jako např. HIV/AIDS, způsobuje rychlý růst počtu sirotků. Tato vazba však funguje i naopak. Chudoba lidí žijících v rozvojových zemích jim znemožňuje přístup k potřebné lékařské péči a lékům, preventivnímu očkování a společně s dalšími atributy chudoby, jako je nedostatečná výživa, nedostatečný přístup k pitné vodě a kanalizaci, přispívá k šíření infekčních nemocí.⁷

Řešení problémů spojených s infekčními onemocněními je tedy jedním z klíčových faktorů, které je potřeba řešit v souvislosti s chudobou a zaostalostí rozvojových zemí, protože infekční onemocnění ovlivňují délku života obyvatel a ta má přímý vliv na výkonnost ekonomik.

S růstem životní úrovně roste význam a podíl nemocí chronických, které jsou spjaty zejména se způsobem života populace v těchto oblastech.

Celkový počet úmrtí v důsledku chronických onemocnění je dvojnásobný než u všech infekčních nemocí. 80 % všech úmrtí je zaznamenáno v nízko a středně příjmových zemích, které představují zhruba 84% podíl na světové populaci⁸, přičemž bez potřebných

⁷ ANTOŠOVÁ, N. *Globální problémy lidstva*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská – TUO. 2006. 71 s. ISBN 80-248-1048-4.

⁸ ANTOŠOVÁ, N. Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu. *In Increasing Competitiveness. Regional, National and International Markets. Development – New Challenges*. Ostrava: VŠB- TU Ostrava, 2007. ISBN: 978-80-248-1458-2.

zásahů, které budou směřovat k příčinám těchto nemocí, počet úmrtí v jejich důsledku vzroste v období 2005 – 2015 až o 17 %.⁹

V souvislosti se zdravím ve vyspělém a rozvojovém světě se také zmíním o ukazateli DALYs. Jedná se o kombinovaný ukazatel, který kvantifikuje dopady nemocí na společnost pomocí ztráty produktivních let populace, započítává se počet let ztráty života v důsledku předčasného úmrtí a počet let ztráty produktivního života v důsledku nemoci.

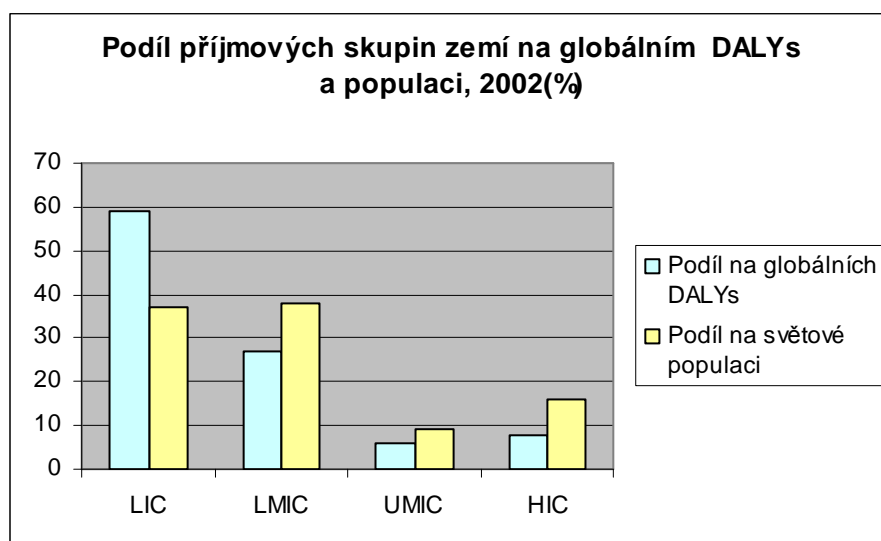
V následujícím grafu uvádím podíl příjmových skupin zemí na globálních DALYs a populaci. Z tohoto grafu je patrné, že země s nízkými příjmy se podílejí na DALYs 57 %, ale na světové populaci 37 %. U ostatních skupin je jejich podíl na globálních DALYs již nižší než podíl na světové populaci.

WHO rozlišuje tři skupiny příčin úmrtí a zhoršeného zdravotního stavu. Jedná se o skupinu zahrnující přenosné nemoci, podmínky těhotenství a porodu a nedostatečnou výživu, skupinu nepřenosných nemocí a skupinu úrazů. V roce 2005 se přenosné nemoci, podmínky těhotenství a porodu a nedostatečná výživa podílely na celkových úmrtích světové populace 30 % a na DALYs 39 %. Nepřenosné nemoci byly příčinou 61 % všech úmrtí a 48 % DALYs, a úrazy se podílely na celkových úmrtích 9 % a na DALYs 13 %.¹⁰

⁹ WHO. *Preventing chronic Diseases a vital investment*. Geneva: WHO. 2005. 203 s. ISBN 92-4156-300-1.

¹⁰ ANTOŠOVÁ, N. Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu. In *Increasing Competitiveness. Regional, National and International Markets. Development – New Challenges*. Ostrava: VŠB- TU Ostrava, 2007. ISBN: 978-80-248-1458-2.

Graf 1.1 Podíl příjmových skupin zemí na globálním DALYs a populaci, 2002 (%)



Zdroj: ANTOŠOVÁ, N. *Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu*. 2007.

Závažnost problematiky zdraví se odráží i v rozsahu, v jakém byla zařazena do *Rozvojových cílů tisíciletí*. V září roku 2000 proběhl Summit tisíciletí, na němž se 191 států světa zavázalo plnit tzv. rozvojové cíle tisíciletí, které by měly do roku 2015 odstranit extrémní chudobu na naší planetě a také její příčiny. Základní osnovou se stalo 8 rozvojových cílů rozpracovaných do 18 úkolů. Z toho se přímo 3 cíle týkají zdraví a další jej také ovlivňují. Jedná se o cíl snížení dětské úmrtnosti, pod který spadá úkol snížit úmrtnost dětí do pěti let o dvě třetiny. Dalším cílem je zlepšení zdravotního stavu matek, který počítá se snížením míry mateřské úmrtnosti o tři čtvrtiny do roku 2015. Třetím cílem směřujícím do oblasti zdraví je boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi, v rámci kterého se bude usilovat o zastavení a zvrácení šíření HIV/AIDS, malárie a dalších závažných onemocnění do roku 2015. Dalšími cíli jsou: odstranění extrémní chudoby a hladu, dosažení základního vzdělání pro všechny, prosazování rovnosti pohlaví a posílení role žen ve společnosti, zajištění udržitelného stavu životního prostředí, budování světového partnerství pro rozvoj.¹¹ V příloze číslo 1 uvádím přehled těchto cílů.

Přestože infekční i chronická onemocnění představují rizika pro země rozvojové i vyspělé, budu u zemí vyspělých pokračovat ve vymezení civilizačních onemocnění, protože tato onemocnění zde v současné době představují hlavní zdravotní rizika. U rozvojových zemí

¹¹ OSN. *Rozvojové cíle tisíciletí* [online]. [cit. 22.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zaber/?i=205>.

vymezí nemoci infekční, jejichž výskyt je právě v těchto zemích několikanásobně vyšší než ve zbytku světa a představuje pro tyto oblasti vysoká rizika.

1.2.1 Zdraví ve vyspělých zemích

Moderní způsob života zapříčinil, že ve vyspělých zemích lidé trpí především řadou onemocnění, která můžeme zařadit do skupiny tzv. „civilizačních chorob“. Jedná se o nemoci způsobené moderním a uspěchaným způsobem života a řadu těžkých chronických onemocnění, která značně ztěžují život nemocným a mnohdy je přímo ohrožují na životě. Vznik i rozvoj těchto onemocnění je způsoben řadou faktorů, mezi které patří zejména průmyslová velkovýroba kaloricky bohatých potravin, produkující nadbytek slaných a velmi tučných jídel, jež jsou vyrobena především z živočišných zdrojů. Dalším faktorem je významný úbytek fyzického pohybu, který je způsoben především technickým a dopravním rozvojem a změnou trendů v oblasti trávení volného času. Rozvoj civilizačních chorob také úzce souvisí s nadměrným příjmem potravin, nadměrnou spotřebou alkoholu, kouřením, stresem a také stále více se znečištěným prostředím.

Mezi nejčastější civilizační choroby můžeme zařadit cévní onemocnění – patří zde zejména infarkt myokardu, předčasná ateroskleróza (kornatění věnčitých tepen a cév v oblasti mozku i dolních končetin), cévní mozkové příčiny a hypertenze a také poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie), obezita, cukrovka, nádory, předčasné stárnutí, zánětlivá revmatická onemocnění kloubů, předčasné porody a potraty a některé vrozené vývojové vady nervového systému novorozenců, deprese, demence včetně Alzheimerovy choroby, chronický únavový syndrom, a další.¹²

Ke snížení výskytu civilizačních onemocnění může dojít pouze v případě, že se celá společnost zapojí do změny životního stylu na všech úrovních a pokud nedojde ke změně dosavadního trendu, můžeme jen očekávat nárůst výskytu těchto onemocnění a to čím dál v mladším věku.¹³

¹² SVAČINA, Š., KITTNAR, O., a kol. *Medicína třetího tisíciletí*. 1.vyd. Říčany: Studio Evolving. 2000. 184 s.

¹³ WHO. *Preventing chronic Diseases a vital investment*. Geneva: WHO. 2005. 203 s. ISBN 92-4156-300-1.

V další části této práce vymezím onemocnění, která představují pro rozvinuté země hlavní zdravotní rizika, jedná se zejména o kardiovaskulární onemocnění, rakovinu, obezitu a cukrovku. Tato onemocnění patří mezi nejčastější příčiny úmrtí ve vyspělých zemích.

Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění jsou skupinou poruch srdce a cév. Srdeční zástavy a mozkové mrtvice představují obvykle náhlou událost a nejčastěji je způsobuje ucpání cév, které zabrání proudění krve do mozku nebo srdce. Nejčastější příčinou je přitom nahromadění tukových zásob ve vnitřních stěnách cév, které vyživují srdce nebo mozek.¹⁴ Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou úmrtí v globálním měřítku. V roce 2005 podle odhadů zemřelo 17.5 milionů lidí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění, což je 30 % celkových úmrtí. Z toho přibližně 7.6 milionů zemřelo následkem zástavy srdce a 5.7 milionů v důsledku mozkové příhody. Přes 80 % kardiovaskulárních onemocnění se vyskytuje v nízko a středně příjmových zemích, v nichž žije přes 85 % světové populace.¹⁵

Při předcházení těchto onemocnění hraje velkou roli prevence. Důraz by měl být kladen především na správnou životosprávu, dostatek fyzické aktivity, omezování stresových situací, omezování konzumace alkoholu, nekuřáctví, apod.

Rakovina

Rakovina je všeobecné označení pro skupinu více než stovky onemocnění, která mohou napadnout kteroukoliv část lidského těla. Charakteristickým znakem rakoviny je rychlá tvorba abnormálních buněk, které rostou až za své obvyklé hranice a mohou napadnout sousedící části těla a šířit se k dalším orgánům – tento proces je označován jako metastáze. Metastáze jsou hlavní příčinou úmrtí v důsledku rakoviny.¹⁶

Rakovina patří k nejčastějším příčinám úmrtí na celém světě. V roce 2005 bylo zaznamenáno celkově 58 milionů úmrtí, a z toho celých 7.6 milionů (tedy 13 %) lidí zemřelo na rakovinu.¹⁷

¹⁴ WHO. *Cardiovascular Diseases* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

¹⁵ tamtéž.

¹⁶ WHO. *Cancer* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.

¹⁷ tamtéž.

Nejčastější typy rakoviny, které vedou k úmrtí jsou:

- rakovina plic (1.3 milionů obětí za rok)
- rakovina žaludku (téměř 1 milion obětí ročně)
- rakovina jater (662 000 obětí ročně)
- rakovina tlustého střeva (655 000 obětí za rok)
- rakovina prsu (502 000 obětí ročně)

Více než 70 % úmrtí způsobených rakovinou se vyskytlo v nízko a středně příjmových zemích. Očekává se, že nárůst úmrtí v důsledku rakoviny by měl dosáhnout 9 milionů lidí v roce 2015 a až 11.4 milionů v roce 2030.¹⁸

Nejčastější typy rakoviny jsou:

- u mužů – rakovina plic, žaludku, tlustého střeva, jícnu a prostaty
- u žen – rakovina prsu, plic, žaludku, tlustého střeva, dělohy

Předcházet lze až 40 % nádorových onemocnění a to zejména fyzickou aktivitou, správnou životosprávou a nekuřáctvím. Jedním z faktorů, které mají největší vliv na vznik rakoviny, je kouření. Konkrétně má vliv na vznik rakoviny plic, úst, slinivky, močového měchýře, žaludku, jater, ledvin, a další. Rakovinu plic může způsobit také pasivní kouření.¹⁹

Obezita

Nadváha a obezita jsou definovány jako abnormální a nadměrné ukládání tuků, které může poškodit zdraví. Často používaným indexem je tzv. BMI – Body mass index, podle něhož se na základě váhy a výšky dá snadno stanovit, zda člověk trpí podvýživou, nadváhou nebo má naopak přiměřenou tělesnou váhu. Podle WHO rozumíme nadváhou stav, kdy BMI dosahuje u jedince hodnoty rovné nebo vyšší 25 a obezitou potom stav, kdy se hodnota BMI rovná nebo je dokonce vyšší 30.²⁰

Podle údajů WHO v roce 2005 trpělo přibližně 1.6 miliard dospělých (15+) nadváhou a nejméně 400 milionů dospělých bylo obézních. U dětí do 5 let trpělo v témže roce nadváhou přibližně 20 milionů. Předpokládá se, že do roku 2015 bude přibližně 2.3 miliard

¹⁸ WHO. *Cancer* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.

¹⁹ tamtéž.

²⁰ WHO. *Obesity and overweight* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

dospělých lidí trpět nadváhou a 700 milionů osob bude obézních.²¹ Základní příčina obezity je především v nevyváženosti kalorického příjmu a výdeje. Nadváha a obezita přitom představují velké riziko ve vztahu ke kardiovaskulárním onemocněním, cukrovce a některým druhům rakoviny.

Cukrovka – diabetes mellitus

Cukrovka je chronickým onemocněním, které nastává v případě, že slinivka břišní neprodukuje dostatek inzulínu, nebo naopak v případě, kdy tělo není schopno efektivně využít inzulín, který produkuje. Inzulín je hormon, který reguluje krevní cukr. Hyperglykémie je běžným výsledkem nekontrolované cukrovky, a postupem času vede k poškození především nervové soustavy a cév, srdce, zraku a ledvin.²²

Rozlišujeme tyto druhy cukrovky:

- diabetes I. typu - propuká v dětství nebo v mládí, je způsobený tím, že se ve slinivce přestal inzulín vytvářet,
- diabetes II. typu - diabetes dospělých, propuká nejdříve po 30. roce života a je vyvolán poruchou uvolňování inzulínu ze slinivky nebo jeho sníženou účinností,
- těhotenský diabetes - objevuje se u žen, které nikdy diabetem netrpěly a po skončení těhotenství odeznívá.

Mezi příčiny vzniku cukrovky I. typu řadíme jednak genetické dispozice a spolupůsobení virové infekce. Nejčastější příčinou rozvoje cukrovky II. typu je životní styl spojený s nedostatkem pohybu a vznikem obezity.

WHO odhaduje, že na světě trpí více než 180 milionů lidí cukrovkou. Toto číslo by se mělo do roku 2030 více než zdvojnásobit. V roce 2005 v důsledku onemocnění zemřelo přibližně 1.1 milionů lidí.²³

Zdraví ve vyspělém světě je tedy ovlivňováno především civilizačními onemocněními. Jedná se o onemocnění, kterým lze z velké části předcházet, hlavně pomocí správné životosprávy, programů prevence a zdravějšího životního stylu. Proto by měli tvůrci zdravotních politik nejen ve vyspělých státech věnovat pozornost především prevenci a podpoře zdravého životního stylu svých občanů, protože zdravá populace je jedním

²¹ WHO. *Obesity and overweight* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

²² WHO. *Diabetes* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.

²³ tamtéž.

z klíčových faktorů ekonomického rozvoje dané země a navíc léčba těchto onemocnění představuje vysoké náklady.

1.2.2 Zdraví v rozvojových zemích

Hlavním problémem rozvojových zemí v oblasti zdraví jsou infekční nemoci. Infekčním onemocněním se rozumí stav, kdy určitá bakterie, vir, prvok, členovec, červ nebo prion, napadne hostitele a narušuje jeho vnitřní prostředí tak, aby získal místo potřebné pro vlastní růst.

Stále větším problémem se v rozvojových zemích stávají také chronická onemocnění. Lidé žijící v chudobě jsou více náchylní k onemocnění chronickými nemocemi kvůli materiálnímu strádání a stresu, rizikovému chování, nezdravým životním podmínkám a omezenému přístupu ke kvalitní zdravotní péči.²⁴ Vyšší počet výskytů chronických onemocnění v rozvojových zemích je dán také rostoucí životní úrovní a souvisejícími změnami životosprávy.

Konkrétně v africkém regionu jsou informace o neinfekčních nemocech omezené, protože některé méně rozvinuté země nemají funkční systém, který by poskytoval potřebná data. Podle údajů Regionálního úřadu pro Afriku se bude výskyt chronických nemocí v regionu zvyšovat. Souvisí to především s delší očekávanou délkou života a také s prognózou, že do roku 2025 by měla žít téměř polovina africké populace v městských oblastech a počet Afričanů starších 60 let by měl vzrůst ze stávajících 39 milionů na 80 milionů. Podle informací WHO bylo v roce 1985 zaznamenáno přes 9 milionů nových případů onemocnění rakovinou, z toho bylo 55 % právě v rozvojových zemích. Předpokládá se, že do roku 2015 se zvýší počet nových případů na 15 milionů, a z toho 66 % bude připadat na rozvojové země.²⁵

Na druhé straně umírají každoročně miliony lidí v rozvojovém světě na nemoci, kterým lze předcházet, nebo které lze léčit a to především v důsledku nedostatečné zdravotní péče a hygienických návyků. Kvalita zdravotní péče je v rozvojových zemích velmi nízká, chybí

²⁴ WHO. *Preventing chronic Diseases a vital investment*. Geneva: WHO. 2005. 203 s. ISBN 92-4156-300-1.

²⁵ WHO/ AFRO. *Chronic Diseases* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu : <http://www.afro.who.int/cdp/epidemiology.html>.

moderní vybavení spolu s kvalifikovaným personálem. Zdravotní péče je pro některé obyvatele nedostupná i pro velkou vzdálenost. V některých afrických zemích, podle údajů WHO, připadá na jednoho lékaře až 14 000 pacientů, pro srovnání v České republice je to zhruba 300 pacientů na jednoho lékaře.²⁶

V současné době představuje v rozvojových zemích největší zdravotní problém epidemie HIV/AIDS, tuberkulóza a malárie. Téměř polovina dětských úmrtí je způsobena podvýživou. Velká rizika jsou spojena také s porody, kdy v důsledku komplikací v průběhu těhotenství nebo při porodu umírá ročně více než půl milionu žen.

HIV/AIDS

Virus HIV, neboli virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka, je retrovirus, který infikuje buňky lidského imunitního systému, poškozuje a narušuje jejich funkci.²⁷ V počáteční fázi infekce se neobjevují žádné příznaky. Avšak jakmile se začne infekce rozvíjet, dojde k oslabení imunitního systému a nakažený člověk začne být více náchylný k dalším infekcím. Nejpokročilejším stádiem HIV je AIDS – syndrom získaného selhání imunity. Obvykle trvá 10-15 let než tento syndrom propukne. Ke zpomalení inkubační doby dochází především podáváním antiretrovirálních léků. K nákaze virem HIV dochází nejčastěji nechráněným pohlavním stykem, krevní cestou a přenosem z matky na dítě.

Podle informací WHO žilo v roce 2007 na celém světě 33.2 milionů osob postižených virem HIV, z toho 30.8 milionů tvoří dospělé osoby a 2.5 milionů děti do 15 let věku. Přitom nově nakažených osob v roce 2007 bylo zaznamenáno přibližně 2.5 milionů. Nejvíce osob žijících s HIV/AIDS bylo zaznamenáno v Subsaharské Africe (22.5 milionů) a dále v jižní a jihovýchodní Asii (4.0 miliony). V témže roce také došlo k více než 6800 nových nakažení virem HIV denně. V roce 2007 zemřelo v důsledku AIDS 2.1 milionů osob, nejvíce v regionu Subsaharské Afriky (1.6 milionů).²⁸

Mapa, v níž je zachycen počet lidí žijících s virem HIV v roce 2006 podle WHO, je umístěna v příloze číslo 2.

²⁶ ČLOVĚK V TÍSNI. *Sektor zdraví* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.clovekvtsni.cz/index2.php?parent=131&sid=114&id=256>.

²⁷ WHO. *Global HIV prevalence has levelled off* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/en/index.html>.

²⁸ tamtéž.

Tuberkulóza

Tuberkulóza je infekční choroba, která se, podobně jako rýma, šíří vzduchem. Podle WHO se odhaduje, že člověk s neléčenou tuberkulózou ročně nakazí dalších 10-15 lidí. Ovšem to, že má člověk v těle bacil tuberkulózy neznamená, že u něj toto onemocnění nutně propukne. Podle WHO se každou sekundu někde na světě nakazí jeden člověk tímto bacilem, přitom 1/3 světové populace je již tímto bacilem infikována.²⁹

WHO odhaduje, že v roce 2005 zemřelo v důsledku onemocnění tuberkulózou asi 1.6 milionů osob. Nejvíce postiženými regiony jsou Afrika a jihovýchodní Asie. Nejvíce nových případů nákazy tímto onemocněním zaznamenal region jihovýchodní Asie.³⁰ V příloze číslo 3 je zachycen odhadovaný počet nových případů tuberkulózou v roce 2005.

Malárie

Malárie je onemocnění, které je způsobeno parazitem druhu plasmodium, jež se šíří štípnutím infikovanými moskyty nebo komáry. Přitom existují čtyři druhy malárie, kterými se člověk může nakazit. První příznaky se objevují zpravidla 10-15 dní po nákaze, a jsou jimi zejména horečka, bolesti hlavy, zimnice a zvracení. Bez včasné léčby (podávání antimalarik) může malárie způsobit bolestivé onemocnění, které má smrtelné následky.³¹

Podle WHO ve světě umírá přibližně každých 30 sekund jedno dítě v důsledku této nemoci. Přibližně 40 % světové populace žije v rizikových podmínkách vhodných k šíření tohoto onemocnění. Každým rokem se malárií nakazí přibližně 500 milionů lidí. Nejvíce nakažených lidí a také nejvíce úmrtí v důsledku malárie se vyskytuje v Subsaharské Africe, ačkoliv se toto onemocnění vyskytuje hojně také v Asii, Latinské Americe, na Středním Východě a v Oceánii.³² Rizikové oblasti výskytu malárie v roce 2006 jsou zachyceny v příloze číslo 4.

²⁹ WHO. *Tuberculosis* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>.

³⁰ tamtéž.

³¹ WHO. *Malaria* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html>.

³² tamtéž.

Financování opatření v souvislosti s bojem proti HIV/AIDS, TBC a malárií

Prostředky, které jsou vynakládány na boj s těmito onemocněními jsou mnohem menší, než jaké jsou skutečně potřeba. Podle Fondu pro boj s HIV, TBC a malárií je nutné každoročně vynaložit na boj s HIV/AIDS přibližně 20 miliard USD. Přitom v období 2006-2007 bylo nutné vynaložit 7,1 miliard USD na udržení aktivit na současné úrovni. Podle informací UNAIDS činily v roce 2006 potřebné zdroje na boj s HIV/AIDS 14,9 miliard USD, v 2007 se jednalo o 18,1 miliard USD a pro rok 2008 byly potřebné zdroje vyčísleny na 22,1 miliard USD.³³

1.2.4 Výdaje na zdraví

Výdaje na zdravotní péči se v jednotlivých zemích značně liší. Není jednoduché stanovit přesné ani přibližné částky, které by měly země vynaložit na podporu zdraví svých obyvatel, aby byla tato podpora co nejefektivnější, protože je zřejmé, že jiné částky je potřeba vynaložit v zemích, kde je hlavním problémem epidemie HIV/AIDS nebo malárie a jiné v zemích, kde tyto infekční nemoci tvoří podstatně menší procento všech onemocnění.³⁴

Způsob, jakým bývá zdravotní systém v jednotlivých zemích financován, je pro zdraví populace klíčovým determinantem. V mnoha nejchudších státech světa jsou výdaje na zdravotní péči nedostatečné na to, aby mohly zajistit minimální úroveň zdravotní péče pro všechny, přestože do těchto zemí směřuje významná humanitární, popřípadě rozvojová pomoc.

³³ UNAIDS. *Resource needs for an expanded response to AIDS in low and middle-income countries* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.osn.cz/soubory/resourceneedsreport-en.pdf>.

³⁴ WHO. *Health financing policy* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.who.int/health_financing/en/.

Veřejné výdaje na zdraví

Mezi veřejné výdaje na zdraví zahrnujeme všechny vládní výdaje na zdravotní péči, prostředky ze sociálního pojištění, grantů a nevládních organizací. Veřejné výdaje snižují nebo úplně odstraňují jednotlivcům přímé náklady na zdravotní péči. Nejvyšší veřejné výdaje na zdravotní péči na jednotlivce jsou vynakládány ve státech západní Evropy, Severní Ameriky a také v Japonsku.

Na obr. 1.1 jsou zachyceny jednotlivé regiony světa, přičemž jejich velikost je proporcionální jejich podílu na celosvětových veřejných výdajích na zdravotní péči.

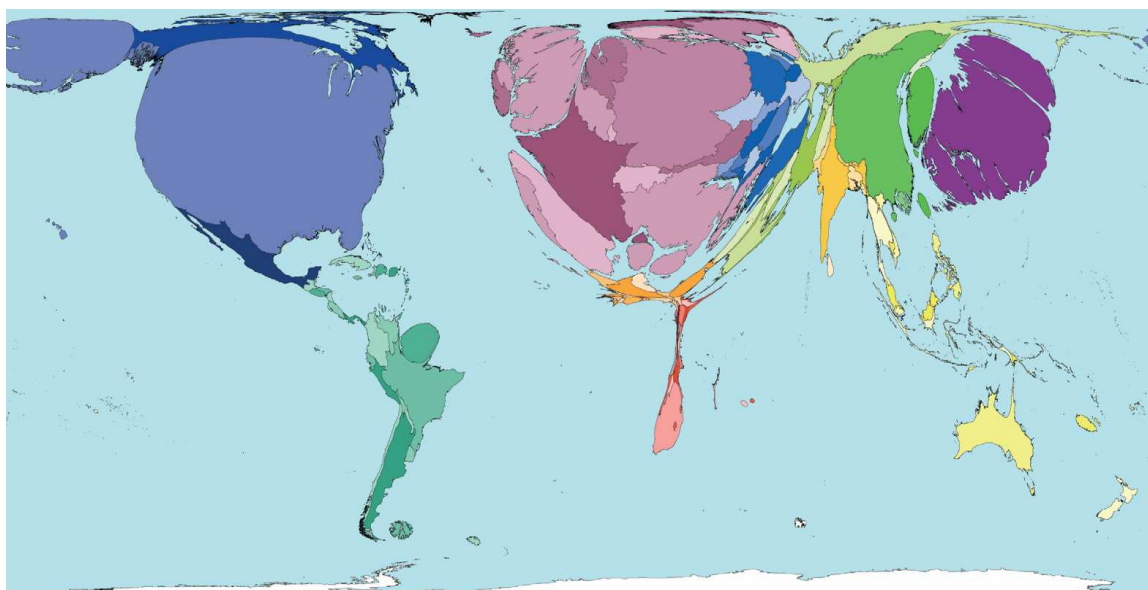
Nejvyšší veřejné výdaje na zdraví jsou vynakládány v Lucembursku (3 304 USD/osobu), dále v Norsku (2 525 USD/osobu), na Islandu (2 261 USD/osobu), v USA (2 217 USD/osobu), v Německu (2 195 USD/osobu), Dánsku (2 166 USD/osobu), Kanadě (2 005 USD/osobu), Francii (1 965 USD/osobu), Švédsku (1 954 USD/osobu) a Švýcarsku (1 891 USD/osobu).³⁵

Naopak nejnižší veřejné výdaje na zdraví jsou vynakládány v Burundi (13 USD/osobu), Súdánu (13 USD/osobu), Tanzanii (12 USD/osobu), Nigeru (11 USD/osobu), Etiopii (11 USD/osobu), Tádžikistánu (10 USD/osobu), Demokratické republice Kongo (10 USD/osobu), Madagaskaru (10 USD/osobu), Nigérii (7 USD/osobu), Myanmaru (4 USD/osobu).³⁶

³⁵ OSN.*Public Health Spending* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map213_ver5.pdf.

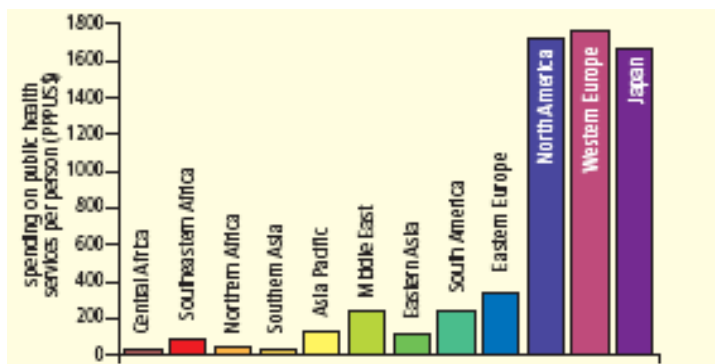
³⁶ tamtéž.

Obr. 1.1 Veřejné výdaje na zdraví měřené podle parity kupní síly v roce 2004



Zdroj: OSN. *Public Health Spending 2004* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map213_ver5.pdf.

Graf 1.2 Veřejné výdaje na zdraví měřené podle parity kupní síly v roce 2004



Zdroj: OSN. *Public Health Spending 2004* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map213_ver5.pdf.

Soukromé výdaje na zdraví

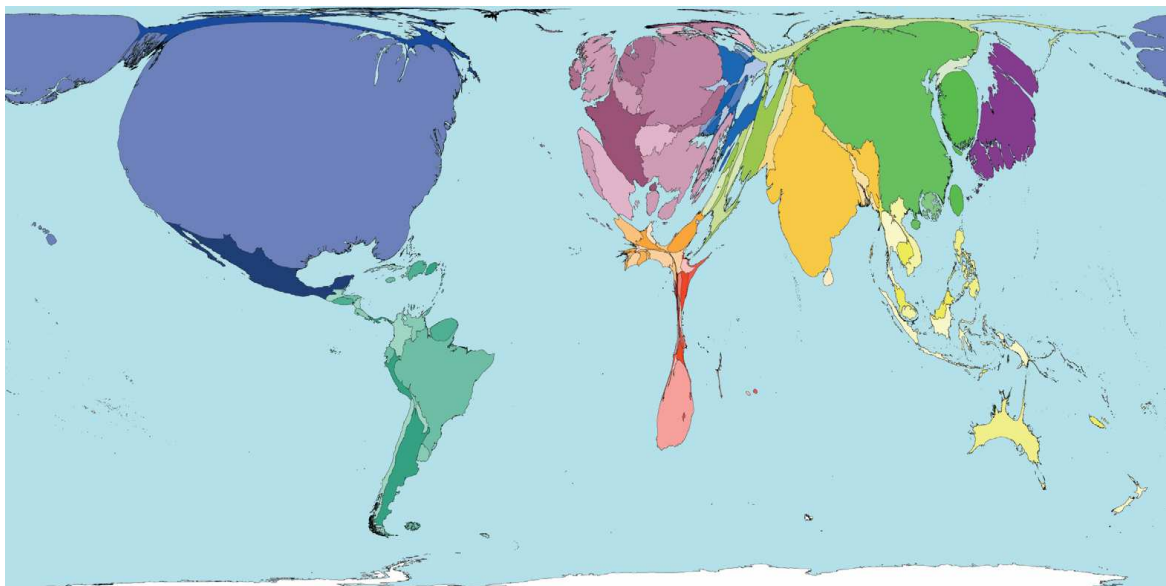
Pod pojem soukromé výdaje na zdravotní jsou zahrnuty přímé platby občanů. Výdaje na osobu v regionech, kde tyto výdaje dosahují nejvyšších hodnot, jsou stokrát vyšší než v oblastech s nejnižšími hodnotami. Úroveň soukromých výdajů na zdravotní péči

v jednotlivých oblastech závisí na schopnosti jejich obyvatel platit, nikoliv na potřebnosti zdravotní péče.

Na obr. 1.2 jsou znázorněny soukromé výdaje na zdraví. Velikost jednotlivých zemí je proporcionální jejich podílu na celkových světových soukromých výdajích na zdraví. Celkové výdaje jsou obecně nejnižší v oblastech s malou populací, ale také na ostrovech a v chudých regionech. Nejvyšší soukromé výdaje na zdravotní péči jsou vynakládány v USA (2 753 USD/osobu), Švýcarsku (1 410 USD/osobu), Nizozemí (960 USD/osobu), Austrálii (848 USD/osobu), Kanadě (825 USD/osobu), Kypru (789 USD/osobu), Řecku (768 USD/osobu), Německu (732 USD/osobu), Rakousku (731 USD/osobu) a Belgii (689 USD/osobu).³⁷

Naopak nejnižší soukromé výdaje na zdravotní péči jsou vynakládány: Demokratická republika Kongo (12 USD/osobu), Papua-Nová Guinea (11 USD/osobu), Burundi (9 USD/osobu), Svatý Tomáš a Princův ostrov (9 USD/osobu), Sierra Leone (9 USD/osobu), Bhútán (8 USD/osobu), Kongo (8 USD/osobu), Čad (6 USD/osobu), Madagaskar (5 USD/osobu), Šalamounovy ostrovy (5 USD/osobu).³⁸

Obr. 1.2 Soukromé výdaje na zdraví měřené podle parity kupní síly v roce 2001

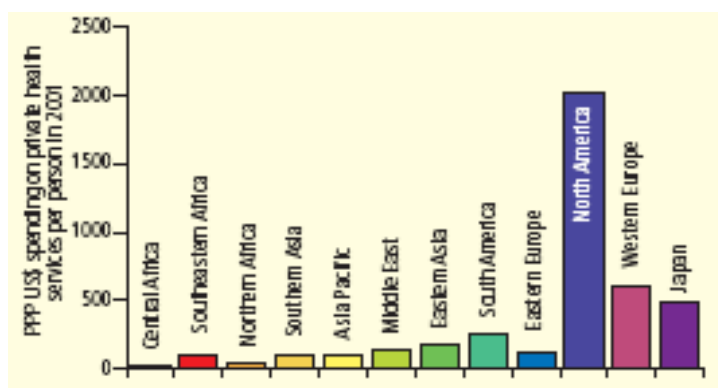


Zdroj: OSN. *Private Health Spending 2001*[online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map214_ver5.pdf.

³⁷ OSN. *Private Health Spending* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map214_ver5.pdf.

³⁸ tamtéž.

Obr. 1.3 Soukromé výdaje na zdraví měřené podle parity kupní síly v roce 2001



Zdroj: OSN. *Private Health Spending 2001*[online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map214_ver5.pdf.

1.3 Vývoj opatření na podporu zdraví

Podpora zdraví se stala jedním z nejdůležitějších současných cílů zdravotní politiky. Klíčové prvky podpory zdraví se v posledních dekádách postupně měnily.

Podpora zdraví je podle Ottawské charty z roku 1986 definována jako „proces usnadňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav.“³⁹ Tato definice je velmi rozsáhlá, zahrnuje zdravotní výchovu, změnu veřejné politiky, ekologická hnutí a komunitní aktivity. Je zde jasný záměr vytvořit vazbu mezi dosažením vyšší úrovně zdraví a mezi politickou, společenskou a ekonomickou změnou. Nezastupitelná a důležitá opatření ochrany a podpory zdraví jsou podnikána mimo zdravotnický resort, a to v oblasti ekonomické a sociální.

Podpora zdraví se začala utvářet od poloviny 80. let minulého století jako reakce na:

- nízkou účinnost tradičních postupů zdravotní výchovy,
- narůstající nespokojenost se stávající zdravotní péčí, vyžadující stále vyšší náklady na úhradu svého provozu,
- nárůst chronických onemocnění, jejichž vznik je podstatně ovlivněn životním stylem,
- rozvoj behaviorálních věd a možnosti uplatnění jejich poznatků v medicíně,

³⁹ HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

- zdokonalení možností mezilidské komunikace a s tím související rozvoj svépomocných hnutí a občanských iniciativ⁴⁰.

V 80. letech byly publikovány práce dokazující souvislost mezi chudobou a špatným zdravím. Bylo prokázáno, že nemoci, zvláště chronické, jsou způsobeny více faktory, což vzbudilo všeobecný zájem o životní styl, zejména o výživu, fyzickou aktivitu, spotřebu tabáku a alkoholu. Bylo zdůrazňováno, že také celkový zdravotní stav konkrétního jedince a jeho aktuální psychický stav hrají při vzniku nemoci důležitou roli. Podpora zdraví ve svých počátcích vycházela ze vzdělání v oblasti zdraví a z primárního zaměření na změnu chování.⁴¹

1.3.1 Geneze podpory zdraví

Geneze podpory zdraví se odehrávala v následujících krocích v průběhu více než pěti dekad :

- 1948 – *definice zdraví WHO*
- 1974 – *LaLondeova zpráva* - analýza vývoje zdravotního stavu v Kanadě - reflektovala proměnu povahy nemocnosti a úmrtnosti v průmyslově vyspělém světě a nabídla koncept příčin nejzávažnějších neinfekčních onemocnění. Ten je tvořen čtyřmi základními determinantami:
 - a) prostředím životním, ale i sociálním,
 - b) genetickou výbavou jedince,
 - c) životním stylem,
 - d) organizací zdravotnických služeb.
- 1977 – *30. světové zdravotní shromáždění „Zdraví pro všechny“*
- 1978 – *konference (WHO) v Alma-Atě o primární péči a přijetí Alma-Atské deklarace*- tato deklarace měla klíčový význam pro pozdější formulaci zdravotní politiky států, a to nejen v evropském regionu. Závěry konference poukazují na to, že již ze samotné definice zdraví plyne zodpovědnost více sektorů za zdraví – ne jen zdravotnictví. Dále byl přijat požadavek na překonání nerovností ve zdraví mezi jednotlivými členskými státy zastoupenými ve WHO.

⁴⁰ DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika*. 1. vyd. Brno: Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity. 1996. 116 s. ISBN 80-210-1466-0.

⁴¹ HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

- 1980 – *Evropská strategie na dosažení zdraví pro všechny*
- 1984 – *Zdraví pro všechny do roku 2000* – v tomto programu byly formulovány představy o zlepšování klíčových ukazatelů zdravotního stavu. Došlo k seskupení třiceti osmi měřitelných cílů do čtyř hlavních skupin:
 - a) snížení rozdílů ve zdravotním stavu obyvatel,
 - b) prodloužení střední délky života,
 - c) zlepšení zdravotního stavu obyvatel,
 - d) zvýšení kvality života.
- 1986 – *1. globální konference WHO v Ottawě - Ottawská charta na podporu zdraví* - tato charta vymezuje podporu zdraví jako "proces, umožňující lidem zlepšit své zdraví a zvýšit kontrolu nad ním", čímž jsou vyjádřeny hlavní atributy podpory zdraví: vyšší aktivita a vyšší odpovědnost každého člověka ve vztahu k vlastnímu zdraví (WHO, 1986). Základními prostředky podpory zdraví jsou podle Ottawské charty :
 - a) tvorba veřejné politiky zohledňující zdraví, která se bude promítat do politických aktivit ve všech resortech a na všech úrovních,
 - b) vytvoření příznivého životního prostředí – systematické hodnocení vlivu rychle se měnících prostředí na zdraví. Ve všech strategiích podpory zdraví musí být zahrnuta ochrana životního prostředí a přírodních zdrojů.
 - c) posílení aktivit na místní úrovni – podpora zdraví koresponduje s konkrétními a efektivními aktivitami místních komunit,
 - d) rozvoj osobních dovedností a schopností lidí pro podporu a posilování zdraví – poskytováním informací, vzděláváním a získáváním potřebných dovedností,
 - e) reorientace systému péče o zdraví – úloha zdravotnických služeb se musí posunout více směrem k podpoře zdraví a posílení role primární péče.

Vize „Zdraví pro všechny“ se postupně vyvíjela na cestě k praktické realizaci stanovených priorit. Jednou z cest tohoto vývoje byla tvorba regionálních a národních strategií *Zdraví pro všechny* na základě globální politiky WHO, jejichž prostřednictvím se postupně uplatňují hlavní zásady této vize v konkrétních životních podmínkách lidí v jednotlivých zemích celého světa.
- 1988 – *2. globální konference v Adelaide*
- 1991 – *3. globální konference - Sundsvallská konference*
- 1997 – *4. globální konference - Jakarta*

- 1999 – *Nová definice zdraví WHO* - v roce 1999 byla publikována strategie nazvaná „**Zdraví pro všechny v 21. století**“ (Health for All in the 21st Century, zkráceně HFA 21), zpracovaná již do podoby regionálních strategií. V tomto dokumentu bylo vytyčeno 21 konkrétních cílů, které vymezují podnětné tematické oblasti pro rozvoj zdravotní politiky.⁴²
- 2000 – *5. globální konference o podpoře zdraví v Mexiku*
- 2000 – *Veronská iniciativa – Investice do zdraví*
- 2005 – *6. globální konference v Bangkoku*- výsledkem jednání je **Bangkokská charta pro podporu zdraví**. Určuje strategie a závazky, které jsou nezbytné pro řešení faktorů zdraví v globalizovaném světě prostřednictvím podpory zdraví. Navazuje na hodnoty, zásady a akční strategie podpory zdraví ustavené Ottawskou chartou o podpoře zdraví a na doporučení následných konferencí o celosvětové podpoře zdraví.

1.3.2 Teorie a modely v podpoře zdraví

Samotný proces podpory zdraví zahrnuje celou řadu aktivit. Přitom využívá širokého rozsahu dovedností a závisí na práci různých skupin lidí, odborných i laických. Aktivita podpory zdraví tedy mohou probíhat na různých úrovních – např. se může jednat o práci s jednotlivci, s malými skupinami, práci na úrovni obcí, měst, na národní úrovni, dále na úrovni masmédií a vzdělávacích kampaní, na úrovni Evropské unie, WHO, apod. - a za účasti různých aktérů, kterými mohou být např. nemocnice, kliniky, ordinace lékařů, školy, domácnosti, denní centra, dětské domovy, ale také vězení a policejní stanice.

Dále můžeme vymezit celou řadu oblastí, jejichž znalost je přínosná pro činnost v podpoře zdraví. Jedná se zejména o plánování a výzkum, hodnocení, komunikaci a poradenství, spolupráci, výuku, marketing, výzkum, vydávání nových publikací, ovlivňování změny politiky a praxe, a další.

Modely v podpoře zdraví byly četné a velmi populární, a to pravděpodobně proto, že zdraví zahrnuje obrovský, stále se vyvíjející a nepřesně definovaný prostor.

⁴² HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

Názory na priority a strategie se u protagonistů podpory zdraví liší a existuje tedy několik modelů a teorií. V příloze číslo 5 uvádím pět typů přístupů k podpoře zdraví podle Ewlese a Simnetta z roku 1995. V tomto modelu jsou vymezeny přístupy, jež mají rozdílné priority a cíle a také odlišně vnímají pacienta/klienta. Převládá zde názor, že jedná-li pracovník podpory zdraví s dobrým úmyslem, je jakýkoliv z těchto přístupů oprávněný. Tento model čerpá především ze zkušeností z praxe, na jejichž základě rozlišuje pět přístupů. Na rozdíl od tohoto modelu existují modely, které nejenom komentují určitou oblast pro vzdělání ve zdraví a podporu zdraví, ale také popisují vhodný přístup.

1.3.3 Hlavní prvky podpory zdraví

Hlavní prvky podpory zdraví tvoří prevence, zdravotní výchova a veřejná politika zohledňující zdraví.

Prevence – většinou se jedná o aktivitu zabraňující vzniku onemocnění, a to ještě před tím, než se nemoc projeví. Rozlišujeme tři stupně prevence. Přitom primární prevence zabraňuje vzniku nemocí, sekundární prevence odhaluje a léčí nemoci v jakémkoliv počátečním stádiu, než nemoc způsobí nevratné problémy. Terciální prevence minimalizuje důsledky a usiluje o snižování projevů již vyvinuté nevratné nemoci.

Zdravotní výchova – může být vymezena jako proces poskytování informací a rad v oblasti podpory zdraví, které napomáhají rozvoji znalostí a dovedností s cílem změnit chování jednotlivce i celé společnosti.

Veřejná politika zohledňující zdraví – podle Adelaidské Charty (1988) „je veřejná politika zohledňující zdraví charakterizována explicitním zájmem o zdraví a spravedlnost ve všech politických oblastech a přijetím politické odpovědnosti za vlivy na zdraví. Jejím hlavním cílem je vytvoření příznivého prostředí, které lidem umožní žít zdravě. Taková politika zajišťuje nebo usnadňuje lidem možnost uchovat si zdraví. Týká se i sociálního a fyzikálního prostředí, které by mělo být utvářeno s ohledem na zachování a posilování zdraví.“⁴³

⁴³ HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

1.3.4 Světová zdravotnická organizace

Světová zdravotnická organizace je jedním z nejdůležitějších subjektů působících v oblasti světového zdraví. Vznikla jako reakce na návrh Brazílie a Číny na vytvoření nezávislé mezinárodní světové organizace v rámci OSN a za datum vzniku WHO je uznán 7. duben 1948. Tento den se nyní na celém světě oslavuje jako světový den zdraví.

Členy WHO je 193 států , které jsou rozděleny do 6 geografických regionů, jedná se o:

- Regionální úřad pro Afriku – AFRO
- Regionální úřad pro Severní a Jižní Ameriku – AMRO/PAHO
- Regionální úřad pro východní Středomoří – EMRO
- Regionální úřad pro Evropu – EURO
- Regionální úřad pro jihovýchodní Asii – SEARO
- Regionální úřad pro západní Pacifik – WPRO

Každá z těchto regionálních úřadoven má program zaměřený na konkrétní zdravotní problémy v zemích, pro které pracuje. Ústředí WHO je v Ženevě, přitom kanceláře WHO se nacházejí v 134 zemích světa.

Hlavním cílem WHO je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny. Organizace již od svého vzniku podporuje mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života.

Mezi hlavní činnosti WHO patří: vypracování zdravotní politiky a také konzultační činnost s členskými státy, odborná pomoc při vypracování národních strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států, podpora rozvoje a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče.

Hlavními strategickými cíli WHO jsou:

- omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace,
- podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek,

- rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné,
- rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií.

Nejvyšším orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění (WHA), které se koná za přítomnosti ministrů zdravotnictví všech členských států každý rok v květnu v Ženevě, kdy se rozhodují hlavní politické záležitosti a strategie WHO. V mezidobí jednání WHA zasedá Výkonná rada WHO složená z 34 odborníků z členských států. Hlavní zasedání Rady probíhají 2 x ročně. Sekretariát WHO má přibližně 3500 zaměstnanců pracujících v Ústředí WHO v Ženevě a v šesti regionálních úřadech po celém světě, přičemž je tento sekretariát řízen generálním ředitelem. Tuto funkci v současnosti vykonává Margaret Chan ze Švédska, která do funkce nastoupila k 4.lednu 2007.

1.4 Shrnutí

Zdraví je jedním z klíčových faktorů pro prožití plnohodnotného a důstojného života a dostává se stále více do popředí zájmu jednotlivců, států i mezinárodních organizací. Podpora zdraví je zahrnuta v politikách všech vyspělých států.

Situace v oblasti zdraví je ve světě značně odlišná. Obecně lze říci, že s rostoucí životní úrovní v daných oblastech se zvyšuje podíl chronických onemocnění, která jsou spjata s životním stylem. Naopak v rozvojových zemích je klíčovým problémem boj s infekčními nemocemi a také s nemocemi, které zde nemohou být léčeny kvůli nedostatku prostředků, a které se ve vyspělém světě již téměř nevyskytují. Lidé v rozvojových zemích musí čelit řadě faktorů, které mají velký vliv na jejich zdraví, jako je chudoba, s ní spojená podvýživa, nedostatečný přístup k pitné vodě a kanalizaci, nedostatečná zdravotní péče. Přestože do rozvojového světa plynou značné finanční prostředky, ukazuje se, že jsou stále nedostatečné, např. v souvislosti s bojem proti epidemii HIV/AIDS. Ovšem patrná je stále větší snaha vyspělých zemí tyto problémy řešit, např. prostřednictvím Rozvojových cílů tisíciletí.

V první kapitole jsem nastínila problematiku sociálně-ekonomického rozvoje a zdraví v globálním kontextu a v dalších částech se již zaměřím na situaci v Evropském regionu, konkrétně v Evropské unii.

2 Zdraví a sociálně-ekonomický rozvoj v Evropské unii

V této části své diplomové práce se budu věnovat problematice zdraví a sociálně-ekonomického rozvoje v Evropské unii, protože od roku 2004 jsme se stali občany tohoto společenství, a tudíž se politiky a opatření v oblasti zdraví na úrovni Evropské unie dotýkají i nás samotných.

Členskými státy Evropské unie je 27 evropských států s celkovým počtem obyvatel téměř 496 milionů.⁴⁴ Je zřejmé, že v oblasti zdraví a zdravotní péče existují mezi členskými státy rozdíly a Evropská unie usiluje o zmírnění těchto disparit.

Hlavní odpovědnost za oblast zdraví nesou členské státy, ovšem mnoho oblastí veřejného zdraví je možno lépe řešit na úrovni EU. Zdraví se stalo v Evropské unii jednou z klíčových priorit jejích vysokých představitelů a zákonodárců, protože právě tito zákonodárci jsou si vědomi toho, že pokud nebude dosaženo dobrého zdravotního stavu evropské populace, nemůže dojít k naplnění řady ambiciózních cílů, které si Unie předsevzala. Jedním z nich je například splnění cílů *Lisabonské strategie*, která byla schválena na zasedání Evropské rady v Lisabonu na jaře 2000 s desetiletým časovým horizontem do roku 2010. Hlavními cíli Lisabonské strategie je přeměnit EU do roku 2010 v nejkonkurenceschopnější a nejdynamičtější znalostní ekonomiku, schopnou udržitelného růstu s více a lepšími pracovními místy a s více a posílenou sociální soudržností. Evropská unie touto strategií reagovala na vážné a dlouhodobé slabiny v ekonomické výkonnosti a konkurenceschopnosti svých členských států. Hlavním smyslem této strategie je podpora ekonomického růstu a konkurenceschopnosti EU zejména ke vztahu k USA. Přibližování k těmto cílům se ale ukázalo jako velice obtížné. Přitom je zřejmé, že bez zdravé populace Evropská unie těchto cílů nedosáhne, a proto je zdraví považováno za jeden z klíčových předpokladů pro sociální i ekonomický rozvoj celé Unie.

Zdraví je determinováno genetickými, ekonomickými, sociálními, kulturními a environmentálními faktory a patří mezi významné předpoklady dlouhodobého ekonomického a sociálního rozvoje společnosti.

⁴⁴ EUROSTAT. [online].[citace 10.2.2008]. Dostupné na Internetu : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu.int>.

Zdraví přispívá k výkonnosti ekonomiky zejména tím, že:

- *přispívá k vysoké produktivitě práce* – od zdravých jedinců se může očekávat více odpracovaných hodin, zdravá pracovní síla je také flexibilnější a lépe se přizpůsobuje změnám,
- *vede k vyšší nabídce práce* – protože zdraví lidé mají nižší absenci v práci v důsledku nemocí,
- *přispívá k lepším dovednostem* – zdraví lidé většinou disponují lepšími předpoklady pro využití svých schopností při dosahování dobrých studijních výsledků a lidé s vyšším vzděláním dosahují vyšší produktivity,
- *přispívá k vyšším úsporám a investicím* – protože zdraví lidé mohou pracovat více let a dosáhnout tedy vyšších příjmů, což má dopady na úspory a investice,
- *zdravá populace snižuje nároky na financování zdravotnického systému.*⁴⁵

Stále větším problémem se v Evropské unii stává stárnoucí populace, proto je i v tomto směru důležité, aby lidé i v pozdějším věku byli zdraví a déle ekonomicky aktivní.

2.1 Demografický vývoj v EU a jeho dopady na zdraví a ekonomickou výkonnost

Zatímco v rozvojových zemích dochází ke značnému nárůstu obyvatel, pro rozvinuté země platí trend zcela opačný. Klesající porodnost i úmrtnost jsou příčinou výrazného nárůstu podílu starších lidí, což s sebou nese ekonomické a sociální důsledky. Ne všechny rozvinuté ekonomiky jsou však postiženy stárnutím obyvatel stejně, např. v USA způsobuje neustálý příliv přistěhovalců a poměrně vysoká míra plodnosti v rodinách etnických menšin nárůst celkové populace, ale ani nedochází k významnému zúžení dolní části struktury věkové pyramidy.

Charakteristickým rysem současného populačního vývoje je výrazná difference v dynamice růstu obyvatelstva v rozvojových a rozvinutých zemích. V zemích s ročním příjmem na obyvatele pod 1000 USD je nárůst velmi vysoký, v roce 2025 budou tvořit skupiny zemí

⁴⁵ SUHRCKE, M., McKEE, M., a kol. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxemburg: European Communities, 2005. 140 s. ISBN 92-894-9829-3.

s nižšími příjmy dvě třetiny světové populace. Tento rozdíl je patrný zejména z toho, že v roce 1950 byl počet obyvatel Afriky ve srovnání s Evropou poloviční, do roku 1985 se vyrovnal a v roce 2050 je očekáváno trojnásobné převýšení Evropy.⁴⁶

V případě Evropské unie je v současnosti jedním z hlavních demografických problémů stále stárnoucí evropská populace a úbytek ekonomicky aktivního obyvatelstva a je tedy nezbytné zajistit podmínky, které budou snižovat dopady tohoto problému. Tento demografický trend bude mít mnoho ekonomických a sociálních následků v celé řadě oblastí, včetně zdravotního systému.⁴⁷

Stárnutí obyvatelstva je způsobeno především těmito faktory:

- výrazným poklesem porodnosti,
- výrazným zvýšením průměrné délky života,
- stárnutím generace narozené v tzv. silných ročnících.

To, že dochází ke změně struktury evropského obyvatelstva, uvádím na příkladu následujících třech tabulek. V tab. 2.1 je zachycena průměrná roční změna celkové populace a jednotlivých věkových skupin na období 2005-2050. Z této tabulky je patrné, že Evropa je jediným regionem, kde můžeme očekávat negativní míru růstu populace celkem a také negativní míru růstu populace v ekonomicky aktivním věku. Zejména tento faktor představuje pro EU výrazné riziko, protože se může stát, že bude v budoucnu čelit nedostatku pracovní síly, zvýšeným nákladům na zdravotní péči a zvýšeným nárokům na systém důchodového pojištění. Evropská unie bude tedy potřebovat zdravou a výkonnou populaci a to i ve vyšším věku.

⁴⁶ VOŠTA, M. *Aktuální otázky světové ekonomiky*. 1. vyd. Praha: VŠE. 2000. 30 s. ISBN 80-245-0046-9.

⁴⁷ European Commission. *The Social Situation in the European Union 2003* [online].[cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/SSR2003_brief_en.pdf.

Tab. 2.1 Průměrná roční míra změny celkové populace a jednotlivých věkových skupin populace, 2005-2050 (%)

Region	0-14 let	15-59 let	60+ let	80+ let	Populace celkem
Svět	0,01	0,63	2,39	3,37	0,75
Afrika	0,87	2,00	3,12	3,86	1,69
Asie	-0,29	0,47	2,70	4,04	0,64
Evropa	-0,36	-0,75	0,90	1,98	-0,24
Latinská Amerika a Karibik	-0,38	0,61	2,98	3,99	0,74
Severní Amerika	0,23	0,37	1,67	2,30	0,62
Oceánie	0,09	0,65	2,11	2,89	0,81

Zdroj: ANTOŠOVÁ, N. *Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu*. 2007.

V tab. 2.2 je podle informací Eurostatu zachycen podíl věkových skupin na celkové populaci EU v roce 2000 a 2007. Je zřejmé, že již v tomto období můžeme zaznamenat významnější změny především u věkové skupiny 0-14 let, kdy došlo v roce 2007 ke snížení podílu této skupiny na celkové populaci EU o 1,7 %. A dále také u věkových skupin 50+ let.

Tab. 2.2 Podíl věkových skupin na celkové populaci EU, 2000, 2007 (%)

Věkové skupiny	2000	2007
0-14 let	17,5	15,8
15-24 let	13,2	12,6
25-49 let	36,7	36,3
50-64 let	17,2	18,3
65-79 let	12,3	12,6
80+ let	3,3	4,3

Zdroj: EUROSTAT. *People by age classes*. 2007.

V následující tabulce je zachycena prognóza vývoje populace EU v letech 2005-2050 podle informací Eurostatu. Z tabulky je patrné zejména to, že v tomto období dojde k celkovému úbytku populace Evropské unie, ovšem v průběhu nadcházejících 20 let dojde k mírnému zvýšení počtu obyvatel a poté začne klesat. Počet obyvatel se zvýší z 458 milionů v roce 2005 na 469,5 milionů v roce 2025, což představuje 2% nárůst, a poté v roce 2030 klesne na 468,7 milionů. Pro srovnání, v USA dojde v letech 2000 až 2025 k nárůstu populace o 25,6 %.⁴⁸

U některých členských států EU již v současné době dochází k poklesu počtu obyvatel. Jedná se o Maďarsko, Lotyšsko, Litvu, Estonsko, Slovensko a také Českou republiku.⁴⁹

Z šesti nejlidnatějších členských států EU se pouze ve Spojeném království a ve Francii počet obyvatel v letech 2005 až 2050 zvýší (počet obyvatel Spojeného království by se měl odhadem zvýšit o 8 % a počet obyvatel Francie o 9,6 %).⁵⁰

Počet osob v produktivním věku se v EU ve střednědobém horizontu sice sníží, ale počet zaměstnaných osob se zvyšuje (díky všeobecnému nárůstu počtu starších pracovníků a vyšší míře zaměstnanosti žen). Tyto skutečnosti poskytují členským státům příležitost a čas na to, aby mohly přizpůsobit své systémy nové realitě stárnutí.⁵¹

⁴⁸ EUROPA. *Meeting the challenge of ageing in good time: some successful policy response* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/06/372&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>.

⁴⁹ Podle údajů ČSÚ byl v roce 2006 přirozený přírůstek České republiky kladný a celkový přírůstek je od roku 2003 také kladný díky imigraci.

⁵⁰ EUROPA. *Meeting the challenge of ageing in good time: some successful policy response* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/06/372&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>.

⁵¹ tamtéž.

Tab. 2.3 Změny početního stavu jednotlivých věkových skupin v EU v letech 2005-2050, (v tis.,%).

	2005-2050	2005-2010	2010-2030	2030-2050
Celková populace	-8 659	5 563	5 312	-19 534
	-1,9 %	1,2 %	1,1 %	4,2 %
Děti (0–14)	-13 811	-2 304	-6 080	-5 427
	-18,6 %	-3,1 %	-8,5 %	-8,2 %
Mládež (15–24)	-14 035	-2 383	-6 663	-4 990
	-24,3 %	-4,1 %	-12,0 %	-10,2 %
Mladí dospělí (25–39)	-24 867	-3 896	-14 883	-6 088
	-25,0 %	-3,9 %	-15,6 %	-7,5 %
Dospělí (40–54)	-18 666	4 116	-10 029	-12 754
	-19,0 %	4,1 %	-9,8 %	-13,8 %
Starší pracovníci (55–64)	4 721	4 973	8 717	-8 969
	9,1 %	9,5 %	15,3 %	-13,6 %
Starší osoby (65–79)	25 688	1 947	22 281	1 460
	44,5 %	3,4 %	37,3 %	1,8 %
Slabí starší lidé (80+)	32 311	3 109	11 969	17 233
	171,6 %	16,5 %	54,0 %	50,8 %

Zdroj: EUROPA. *Meeting the challenge of ageing in good time: some successful policy responses 2006.*

Podpora zdravého stárnutí je pro EU tedy jednou z důležitých priorit a zahrnuje podporu zdraví v průběhu celého života s cílem předcházet zdravotním problémům a postižením již od mládí.

Tyto demografické změny také pravděpodobně zvýší poptávku po zdravotní péči a současně sníží počet pracujících. Proto by mohlo do roku 2050 dojít ke zvýšení nákladů na zdravotní péči v členských státech o 1 až 2 % HDP.⁵²

Je tedy zřejmé, že by se členské státy měly zaměřit na své systémy zdravotní péče a měly by se snažit čelit problémům, které s sebou stárnoucí evropská populace přináší.

⁵² Evropská komise. *Bílá kniha - Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013* [online]. Brusel, 2007. [cit. 9.2.2008]. Dostupné na Internetu: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.

2.2 Výdaje na zdravotní péči v EU

Systémy zdravotní péče mají přímý vliv na zdraví populace a také ovlivňují ekonomiku. Sektor zdravotnictví představuje ve vyspělých ekonomikách jeden z nejdůležitějších sektorů. Vlivy zdravotních systémů na podporu zdraví v posledních dekádách vzrůstají. Ovšem důležitou otázkou zůstává správně nastavená úroveň výdajů na zdravotní péči. Úroveň těchto výdajů v jednotlivých státech závisí na mnoha faktorech, jedná se zejména o tyto: národní důchod, charakter zdravotního stavu populace, politické preference a v neposlední řadě náklady na vstupy, např. na zdravotnická zařízení, pracovní sílu ve zdravotnictví, apod.⁵³

Není tedy jednoduché odpovědět na otázku, jak velké by měly být výdaje jednotlivých zemí na systém zdravotní péče, protože každá země musí čelit jiným zdravotním problémům, je zatížena jinými nemocemi, její populace má jiná očekávání.

Stanovení částky potřebné na adekvátní fungování systému zdravotní péče můžeme vyjádřit jako funkci celé řady proměnných. Jednou z těchto proměnných jsou potřeby populace ve vztahu ke zdravotní péči. Další proměnnou je např. úroveň poskytování neformální péče, tedy péče v rodinách a v neposlední řadě závisí stanovení adekvátních výdajů také na geografických podmínkách státu. Jako příklad lze uvést situaci ve Skandinávských zemích, kdy je zapotřebí poskytovat vysoké výdaje na větší množství zdravotnických zařízení a to z důvodu nízkého osídlení rozlehlých oblastí.

Mezi další faktory také spadají náklady na zdravotnický personál, které se v jednotlivých členských státech EU liší, a také náklady na léčiva a technologie. V Evropské unii se výdaje na zdravotní péči pohybují kolem 7 – 9 % HDP.⁵⁴

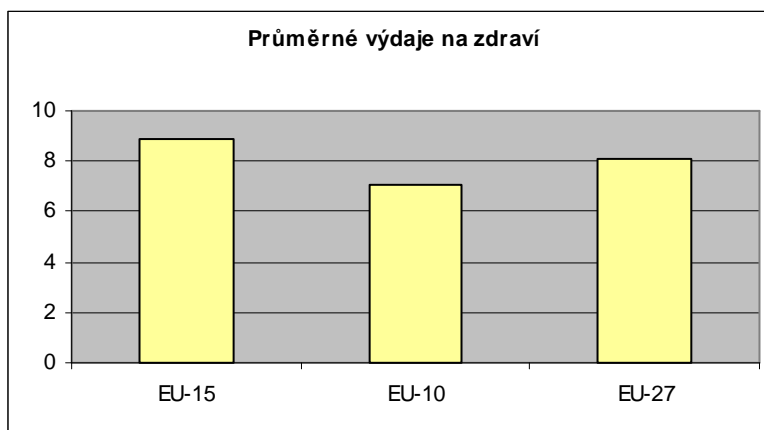
V grafu 2.1 jsou znázorněny průměrné výdaje na zdravotní péči pro skupinu zemí EU-15, EU-10 a EU-27. Nejvyšší výdaje na zdravotní péči jsou vynakládány v Německu, kde tvoří přibližně 10,6 % HDP, dále ve Francii – 10,5 % HDP a v Rakousku – 10,3 % HDP. Jedná

⁵³ SUHRCKE, M., MCKEE, M., a kol. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: European Communities, 2005. 140 s. ISBN 92-894-9829-3.

⁵⁴ tamtéž.

se tedy o země spadající do skupiny EU-15. Naopak nejnižší výdaje na zdravotní péči jsou vynakládány v Rumunsku, kde dosahují 5,1 % HDP, v Estonsku – 5,3 % a na Kypru – 5,8 %.⁵⁵

Graf 2.1 Celkové výdaje na zdravotní péči, 2004 (% HDP)



Zdroj: EUROSTAT, [vlastní úprava].

Prostředky vynakládané na zdraví nepředstavují ovšem jen náklady, ale rovněž investice. Výdaje na zdraví lze pokládat za hospodářskou zátěž, ale skutečné náklady pro společnost tvoří přímé a nepřímé náklady spojené se špatným zdravotním stavem a také nedostatečné investice do příslušných oblastí zdraví. Odhaduje se, že roční hospodářské zatížení způsobené koronárním onemocněním může dosahovat až 1 % HDP a náklady na duševní poruchy až 3-4 % HDP. Výdaje na zdravotní péči by měly doprovázet investice do prevence, ochrany a zlepšování celkového tělesného a duševního zdraví obyvatel, které v současné době podle údajů OECD činí v průměru 3 % celkových ročních rozpočtů na zdravotnictví jednotlivých členských států, zatímco 97 % se utratí za zdravotní péči a léčbu.

Zdravotnictví představuje v Evropské unii oblast, která je významným poskytovatelem pracovních míst a vzdělávání – odvětví zdravotní a sociální péče je hlavní hybnou silou rozvoje odvětví služeb od roku 2000. Rozrůstající se zdravotnictví je rovněž velkým

⁵⁵ EUROSTAT. *Total expenditure on health* [online]. [cit. 12.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/whosis/database/country/compare.cfm?country=CZE&indicator=TotEOHPctOfGDP&language=english>.

zdrojem a uživatelem inovačních technologií a podporuje regionální politiku a sociální a hospodářskou soudržnost.⁵⁶

V další části textu budu charakterizovat zdravotní rizika populace Evropské unie. Jedná se především o rizika spojená s nepřenositelnými onemocněními.

2.3 Zdravotní rizika populace EU

Stejně jako v ostatních vyspělých zemích, tak i v Evropské unii představují hlavní zdravotní rizika nepřenositelná onemocnění. Jedná se zejména o onemocnění, která jsou způsobena životním stylem a životosprávou. Tomuto tématu již byla věnována pozornost v první kapitole, ale obecně lze říci, že se jedná o onemocnění, která souvisí s nesprávnou životosprávou, kaloricky bohatou stravou, nedostatkem pohybu, nadměrnou konzumací alkoholu, kouřením, apod. Jedná se zároveň o onemocnění, jejichž výskyt se zvyšuje s věkem, což je pro „stárnoucí“ populaci Evropské unie klíčové.

Jednou z oblastí, na které se Evropská unie zaměřila ve svých programech a strategiích, je spotřeba alkoholu a také spotřeba tabákových výrobků. Kouření je celosvětově problémem, který způsobuje největší zdravotní problémy. Kouření způsobuje až 90 % onemocnění rakovinou plic u mužů, u žen se jedná o 70 % onemocnění rakovinou plic a je dále příčinou přibližně 22 % onemocnění kardiovaskulární chorobou. Kouření se začíná rozmáhat také v rozvojovém světě.⁵⁷

Přes 650 000 Evropanů ročně umírá v důsledku kouření, jedná se tedy o každé sedmé úmrtí v EU. Kouření škodí téměř každému orgánu lidského těla, způsobuje celou řadu onemocnění. Přestože je situace v členských státech odlišná, je zřejmé, že v následujících dekádách dojde k milionům úmrtí v EU v důsledku kouření nebo onemocnění, která s kouřením přímo souvisejí.⁵⁸

⁵⁶ Evropská komise. *Bílá kniha - Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013* [online]. Brusel, 2007. [cit. 9.2.2008]. Dostupné na Internetu: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.

⁵⁷ WHO. *Tobacco* [online]. [cit. 13.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://www.who.int/substance_abuse/facts/tobacco/en/index.html

⁵⁸ European Commission. *Tobacco or health in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. 295 s. ISBN 92-894-8219-2.

Problémem je také pasivní kouření, kdy v EU-27 každoročně umírá více než 79 000 lidí v důsledku pasivního kouření. Pasivní kouření představuje pro nekuřáka téměř poloviční riziko vzniku srdeční choroby jako je riziko u kuřáka, který denně vykouří 20 cigaret. I velmi malá množství tabákového kouře mají vliv na srážlivost krve a vytváření krevních sraženin v cévách.⁵⁹

Evropská unie usiluje o snížení počtu aktivních i pasivních kuřáků, protože je zřejmé, že náklady na léčbu onemocnění v důsledku kouření jsou mnohem vyšší než prevence v této oblasti.

EU je regionem s největší spotřebou alkoholu na světě se současnou spotřebou 11 litrů čistého alkoholu na dospělého osobu a rok. Každoročně se stává závislých na alkoholu téměř 23 milionů Evropanů. Alkohol je přitom příčinou asi 60 různých typů onemocnění a zdravotních potíží, včetně úrazů, psychických poruch, rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, plicních onemocnění, onemocnění zažívacího traktu. Alkohol má tedy určující vliv na zdraví lidí, je příčinou 7,4 % všech případů invalidity a předčasných úmrtí v Evropské unii.⁶⁰

Dalším zdravotním rizikem EU je obezita. Podle Evropské komise došlo v uplynulých třech dekadách k prudkému nárůstu obezity a nadváhy v Evropské unii, a to nejen u dospělých osob, ale také u dětí. EU musí čelit trendu špatné stravy a nízké úrovně fyzické aktivity u svých obyvatel, což může vést také ke zvýšení počtu chronických onemocnění, např. kardiovaskulárních chorob, mozkových příhod, některých druhů rakoviny, apod. Z dlouhodobého hlediska bude mít zvyšující se výskyt obezity a nadváhy také dopad na očekávanou délku života v EU a na snížení kvality života u mnoha lidí.⁶¹

⁵⁹ Evropská Komise. *Zelená kniha – K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* [online]. Brusel, 2007. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0027:FIN:CS:HTML>.

⁶⁰ ANDERSON, P., BAUMBERG, B. *Alkohol v Evropě. Zpráva pro Evropskou unii* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_cz_en.pdf.

⁶¹ Evropská komise. *Bílá kniha - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou* [online]. Brusel, 2007. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://europa.eu/documents/comm/white_papers/index_cs.htm.

Hospodářské důsledky související s nárůstem obézních lidí v EU jsou významné, protože podle odhadů připadá na obezitu až 7 % nákladů na zdravotní péči v Evropské unii, a za předpokladu rostoucího trendu budou tyto náklady dále růst.⁶²

Podle analýzy provedené švédským Institutem pro veřejné zdraví se odhaduje, že k 4,5 % celkových DALYs EU dochází v důsledku špatné výživy, dalším 3,7 % díky obezitě a 1,4% kvůli fyzické nečinnosti, což je celkem 9,6 % v porovnání s 9% v důsledku kouření.⁶³

V souvislosti s procesem globalizace a s rostoucím rozvojem mezinárodní dopravy představují velká zdravotní rizika, nejen pro zdraví EU, infekční nemoci. Šíření těchto nemocí může být způsobeno také například migrací uprchlíků z méně vyspělých částí Evropy do EU, z oblastí postižených přírodní katastrofou nebo humanitární krizí. Může také souviset s klimatickou změnou, kdy teplejší podnebí představuje pro některé infekční onemocnění příznivé podmínky.⁶⁴

S přenosem infekčních nemocí také souvisí nitrožilní užívání drog, proto zde krátce zmíním drogovou problematiku v Evropské unii.

2.3.1 Drogová problematika v EU

Evropská drogová problematika je součástí širšího celosvětového jevu. Trendy v užívání drog a také lidé, kteří se podílejí na jejich výrobě a obchodování s nimi, nerespektují geografické hranice, ani hranice jednotlivých států. EU významně podporuje programy ke snižování poptávky po drogách a nabídky drog v sousedních zemích a zemích, kde se drogy vyrábějí. Tato podpora je značná, v současné době EU financuje tyto programy v objemu nejméně 750 milionů EUR.⁶⁵

⁶² Evropská komise. *Zelená kniha - Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob* [online]. Brusel, 2005. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:CS:PDF>.

⁶³ tamtéž.

⁶⁴ ANTOŠOVÁ, N. Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu. In *Increasing Competitiveness. Regional, National and International Markets. Development – New Challenges*. Ostrava: VŠB- TU Ostrava, 2007. ISBN: 978-80-248-1458-2.

⁶⁵ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2007. 100 s. ISBN 978-92-9168_284-3.

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost se odhaduje, že je v Evropě celoživotní prevalence u konopí nejméně 70 milionů osob, respektive každý pátý dospělý Evropan a přitom užití v roce 2006 připadá na 23 milionů dospělých Evropanů. Konopí je tedy nejběžněji užívanou drogou a také je „nejoblíbenější“ drogou mezi mladými lidmi. Prevalence užívání konopí se liší v jednotlivých zemích od 1 % až po 11,2 %.⁶⁶ Co se týče kokainu, odhady hovoří o 12 milionech osob, které užívají kokain v Evropě, a z toho užití za poslední rok bylo reflektováno u 4,5 milionů dospělých osob. Prevalence užívání kokainu se liší v jednotlivých zemích od 0,1 % až po 3 %. Užívání extáze je odhadováno u 9,5 milionů dospělých Evropanů, užívání amfetaminů u téměř 11 milionů dospělých Evropanů.⁶⁷

S užíváním drog také úzce souvisí infekční nemoci. Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost byl v roce 2005 přenos HIV mezi injekčními uživateli drog ve většině zemí Evropské unie nízký. To může být způsobeno zvýšenou dostupností prevence, léčby a opatření na minimalizaci škod. Samotné sledování infekčních nemocí souvisejících s drogami u injekčních uživatelů drog v EU se v současné době soustřeďuje na HIV/AIDS a virovou hepatitidu (B a C).

V letech 1990 až 2004 bylo v členských státech Evropské unie každoročně zaznamenáno 6500 až 9000 úmrtí v souvislosti s drogami, za celé toto období se tedy jedná o 122 000 úmrtí v důsledku užívání drog. Tyto odhady jsou minimálním odhadem, protože ve skutečnosti jsou tato čísla vyšší. Kromě předávkování umírají uživatelé drog v důsledku příčin, které s užíváním drog souvisejí nepřímo, jedná se např. o úmrtí v důsledku AIDS, hepatitidy, sebevražd, apod.⁶⁸

Dalším důležitým aspektem, který může přispět k dosažení strategických cílů Evropské unie, je duševní zdraví, neboť je zřejmé, že duševní a fyzické zdraví spolu úzce souvisí, proto se Evropská unie touto problematikou zabývá a přijímá různá opatření, vydává například doporučení členským státům.

⁶⁶ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2007. 100 s. ISBN 978-92-9168_284-3.

⁶⁷ tamtéž.

⁶⁸ tamtéž.

2.3.2 Duševní zdraví v EU

Duševní onemocnění nepříznivě ovlivňují jednoho ze čtyř obyvatel EU a mohou vést k sebevraždám, které jsou poměrně častou příčinou úmrtí. Duševní nemoci také způsobují značné ztráty hospodářskému a sociálnímu systému a představují pro tyto systémy velkou zátěž.

Odhaduje se, že v časovém rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch více než 27 % Evropanů dospělého věku.⁶⁹

Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou v Evropské unii úzkostné stavy a deprese. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemoci ve vyspělém světě. V Evropské unii v současnosti umírá každoročně v důsledku sebevražd zhruba 58 000 občanů, což je vyšší počet než v případě úmrtí v důsledku dopravních nehod, vražd nebo HIV/AIDS.⁷⁰

Duševní nemoci ovlivňují celou řadu oblastí. Jak již bylo uvedeno výše, odhaduje se, že náklady související s duševními nemocemi činí 3-4 % z HDP, a to především v důsledku ztráty produktivity. Duševní poruchy jsou rovněž nejčastější příčinou předčasných odchodů do starobních a invalidních důchodů.

Mezi členskými státy existují značné nerovnosti, např. údaje o počtu sebevražd se pohybují od 3,6 na 100 000 obyvatel v Řecku až ke 44 na 100 000 obyvatel v Litvě, což je vůbec nejvyšší počet na světě.⁷¹

Rovněž prostředky vynakládané na duševní zdraví se v jednotlivých členských státech značně liší, což je patrné také z grafu 2.2, v němž jsou zachyceny výdaje na duševní zdraví některých členských států EU, jako procentuální podíl těchto výdajů na celkových výdajích na zdravotní péči.⁷²

⁶⁹ Evropská Komise. *Zelená kniha - Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva* [online]. Brusel, 2005. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

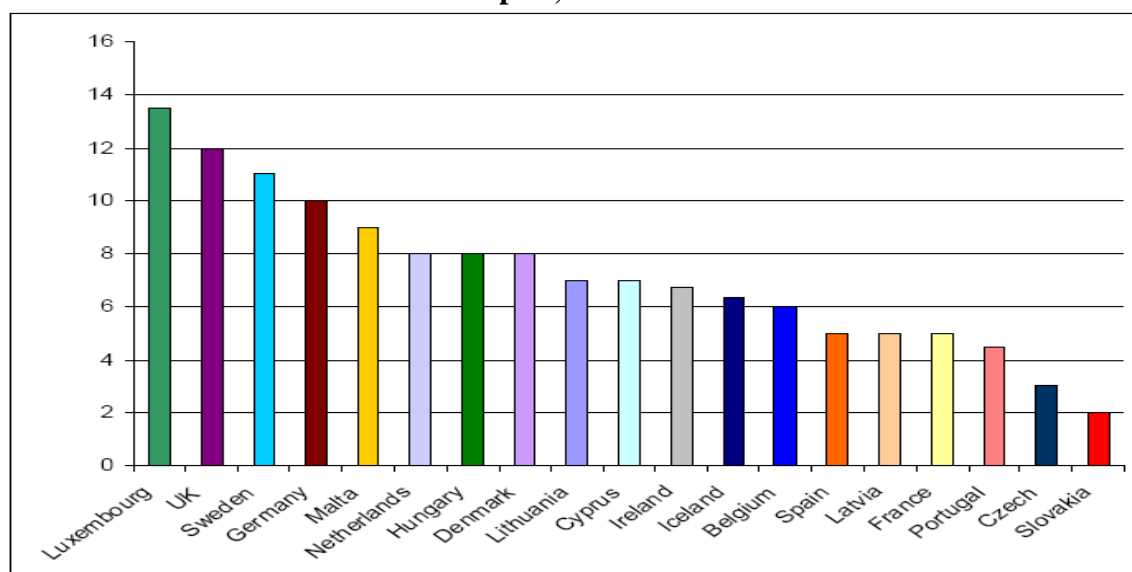
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf.

⁷⁰ tamtéž.

⁷¹ tamtéž.

⁷² tamtéž.

Graf 2.2 Výdaje na duševní zdraví jako % podíl na celkových výdajích na zdravotní péči, 2004



Zdroj: Evropská Komise. *Zelená kniha - Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva*. 2005

V následujícím textu uvedu konkrétní informace ke zdraví v Evropské unii, především údaje týkající se očekávané délky života a příčin úmrtí.

2.4 Zdraví v Evropské unii a dopady nemocí na společnost

Zdraví současné populace Evropské unie se stále zlepšuje. Například zpráva Evropské komise *The Social Situation in the European Union 2003* uvádí, že průměrný zdravotní stav občanů EU se zlepšuje, dochází zejména ke snižování úmrtnosti a prodlužování očekávané délky života. Očekávaná délka života není pouze sociálním indikátorem, ale také indikátorem ekonomickým.⁷³ V roce 2004 dosáhla očekávaná délka života 78,8 let pro EU-25 (75,7 let u mužů a 81,9 let u žen).⁷⁴

Jedná se tedy o vyšší hodnoty než v USA (74 let u mužů a 80 let u žen), ale naopak o nižší hodnoty než v Japonsku (78 let u mužů a 84 let u žen).⁷⁵

⁷³ European Commission. *The Social Situation in the European Union 2003* [online]. [cit. 20.2.2008]. Dostupné na Internetu:

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/SSR2003_brief_en.pdf.

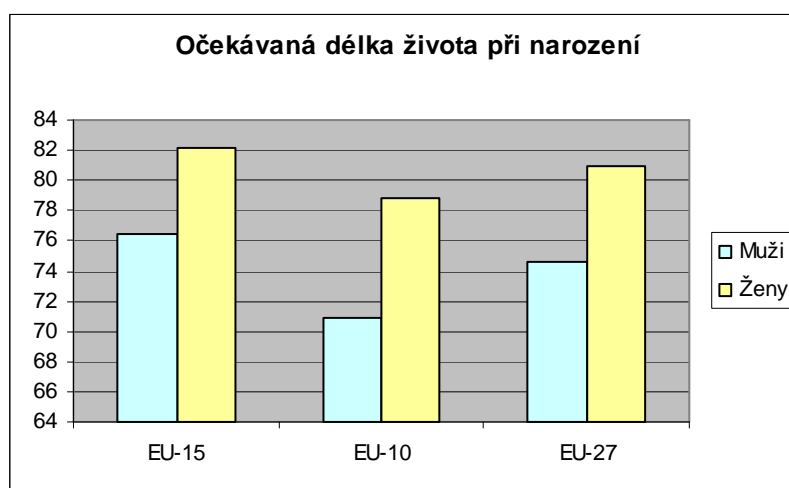
⁷⁴ Eurostat. *Life expectancy at birth* [online]. [cit. 20.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/sd/sd_ph&language=en&product=EU_SD_main&root=EU_SD_main&scrollto=0.

⁷⁵ European Commission. *The Social Situation in the European Union 2003* [online]. [cit. 20.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/SSR2003_brief_en.pdf.

V grafu 2.3 uvádím údaje o očekávané délce života při narození pro rok 2004 v EU-15, EU-10 a EU-27. Ze statistik Eurostatu vyplývá, že ve skupině EU-15 byly nejvyšší hodnoty očekávané délky života u mužů zaznamenány ve Švédsku – 78,4 let a naopak nejnižší v Portugalsku – 75 let. U žen bylo dosaženo nejvyšších hodnot ve Francii a Itálii – shodně 83,8 let a nejnižších ve Velké Británii – 81 let.⁷⁶

Ve skupině EU-10 je nejvyšší očekávaná délka života u mužů na Maltě – 77,4 let, a na Kypru – 76,8 let. Naopak nejnižší očekávaná délka života u mužů byla zaznamenána v Estonsku – 66,4 let, Litvě – 66,3 let a Lotyšsku – 65,9 let. U žen byla v této skupině zemí zaznamenána nejvyšší hodnota na Kypru – 82,1 let a na Maltě – 81,2 let a naopak nejnižší hodnoty bylo dosaženo v Lotyšsku – 76,2 let.⁷⁷

Graf 2.3 Očekávaná délka života při narození, 2004



Zdroj: EUROSTAT, [vlastní úprava].

V roce 2004 došlo v historii EU k největšímu rozšíření a tímto krokem se prohloubily disparity v mnoha oblastech, přitom jednou z nich byla právě oblast zdraví a zdravotní péče. Evropská unie je charakterizována odlišnými zdravotními problémy ve svých členských státech.

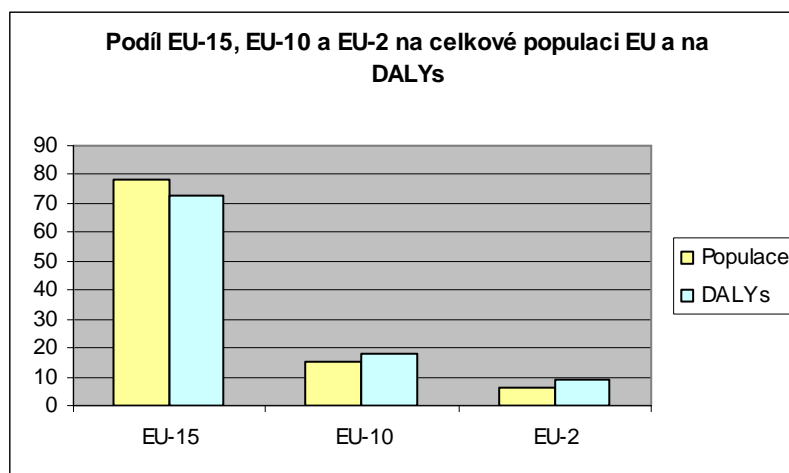
⁷⁶ Eurostat. *Life expectancy at birth* [online]. [cit. 20.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/sd/sd_ph&language=en&product=EU_SD_main&root=EU_SD_main&scrollto=0.

⁷⁷ tamtéž.

V grafu 2.4 uvádím podíl EU-15, EU-10 a EU-2 na celkové populaci Evropské unie a také podíl těchto skupin na DALYs EU.⁷⁸

Skupina EU-15 se podílí na populaci EU 78 %, a na DALYs 73 %. EU-10 se podílí na celkové populaci Evropské unii zhruba 15 %, a na DALYs 18,2 %, a podíl EU-2 na celkové populaci EU představuje 6% a na DALYs 8,7 %.⁷⁹

Graf 2.4 Podíl EU-15, EU-10, EU-2 na celkové populaci EU a na DALYs EU,2002 (%)



Zdroj: WHO, [vlastní úprava].

Nejčastější příčinou úmrtí v Evropské unie jsou kardiovaskulární onemocnění, která zapříčiňují každoročně více než 2 miliony úmrtí, představují tedy asi 42 % celkových úmrtí (45 % úmrtí u žen a 38 % úmrtí u mužů). Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou úmrtí u žen ve všech 27 členských státech Evropské unie a kromě Francie, Nizozemí a Španělska jsou také hlavní příčinou úmrtí u mužů v ostatních členských státech. Přitom podíl úmrtí způsobených kardiovaskulárním onemocněním se u mužů pohybuje od 26 % ve Francii, až po 62 % v Bulharsku, u žen se toto rozmezí pohybuje od 31 % ve Francii po 71 % v Bulharsku. Jedná se zejména o úmrtí v důsledku infarktu myokardu a mozkové mrtvice.⁸⁰

⁷⁸ Data dostupná za rok 2002.

⁷⁹ WHO. *Deaths and DALYs estimated for 2002 by cause for WHO Member States* [online].

[cit. 23.2.2008]. Dostupné na Internetu : <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/>.

⁸⁰ ALLENDER, S., SCARBOROUGH, P., PETO, V., RAYNER, M. *European Cardiovascular Disease Statistics – Edition 2008* [online]. [cit. 17.3. 2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.ws3.heartstats.web.baigent.net/uploads/documents%5Cproof30NOV2007.pdf>.

Úmrtí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění je také hlavní příčinou u starších lidí, např. u osob ve věkové skupině 85 a více let představují 50 % všech úmrtí.⁸¹

Kardiovaskulární onemocnění představují značné náklady pro ekonomiku Evropské unie, protože náklady spojené s těmito onemocněními se odhadují až na 192 miliard EUR ročně, což znamená asi 391 EUR na osobu. Do této částky jsou zahrnuty jednak přímé náklady na zdravotní péči v souvislosti s těmito onemocněními, které tvoří asi 57% celkových nákladů, dále také náklady spojené se ztrátou produktivity v důsledku kardiovaskulárního onemocnění, které představují asi 21 % a neformální péče o nemocné s kardiovaskulárním onemocněním, která představuje přibližně 22 % těchto nákladů.⁸²

Druhou nejčastější příčinou úmrtí v EU je rakovina, která způsobuje zhruba čtvrtinu všech úmrtí v EU, přičemž nejvíce zasaženou věkovou skupinou jsou lidé ve věku 55-59 let, kde v této skupině dochází k úmrtím v důsledku rakoviny přibližně v 44 % z celkových úmrtí.⁸³ Každoročně je v Evropské unii diagnostikováno přes 2 miliony nových případů onemocnění rakovinou, přitom v důsledku tohoto onemocnění zemře přibližně 1 milion osob.⁸⁴

Podle studie *Responding to the Challenge of Cancer in Europe* bylo v roce 2006 v EU-25 diagnostikováno 2,3 milionů nových případů rakoviny a z toho zemřelo v důsledku onemocnění přibližně 1 milion osob. Nejčastějším typem rakoviny v EU-25 je u žen rakovina prsu, kdy v roce 2006 bylo registrováno přibližně 320 000 nových případů. Následuje rakovina tlustého střeva a konečníku a rakovina prostaty. V obou případech bylo zaznamenáno v roce 2006 přibližně 300 000 nových případů onemocnění.⁸⁵

⁸¹ NIEDERLAENDER, E. *Statistics in focus. Causes of death in the EU*. Luxemburg: European Communities, 2006. 12 s. ISSN 1024-4352.

⁸² ALLENDER, S., SCARBOROUGH, P., PETO, V., RAYNER, M. *European Cardiovascular Disease Statistics – Edition 2008* [online]. [cit. 17.3. 2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.ws3.heartstats.web.baigent.net/uploads/documents%5Cproof30NOV2007.pdf>.

⁸³ tamtéž.

⁸⁴ Cancer Research UK. *Cancer in the EU* [online]. [cit. 15.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/geographic/cancerineu/>.

⁸⁵ COLEMAN, M., ALEXE, D., ALBREHT, T., McKEE, M. *Responding to the Challenge of Cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008. 361 s. ISBN 978-961-6659-20-8.

Míra výskytu rakoviny je u mužů nejvyšší v Maďarsku, dále je vysoká v Belgii, Francii a Lucembursku. Úmrtnost v důsledku rakoviny je nejvyšší v Maďarsku, vysoké podíly jsou zaznamenány také v České republice a Slovenské republice.⁸⁶

U žen se rakovina nejčastěji vyskytuje v Dánsku a vysoký výskyt je také zaznamenán ve Velké Británii. Nejvíce úmrtí v důsledku rakoviny je u žen registrováno v Dánsku a Maďarsku, ale vysoký počet úmrtí je zaznamenán také v České republice a Irsku.⁸⁷

Třetí místo zauímají respirační onemocnění, s podílem asi 9% na všech úmrtích. Dále následují úmrtí v důsledku onemocnění zažívacího traktu a vnější příčiny úmrtí v důsledku zranění, zde řadíme dopravní nehody, sebevraždy a vraždy. Vnější vlivy jsou hlavní příčinou úmrtí u mladých lidí, týká se to zejména dopravních nehod a sebevražd, kde 67 % úmrtí v důsledku dopravní nehody nebo sebevraždy spadá do věkové skupiny 20-24 let.⁸⁸

Podle databáze Evropské komise CARE v roce 2005 zemřelo v důsledku dopravních nehod v EU 27⁸⁹ celkem 44 904 osob. Nejvíce těchto úmrtí bylo zaznamenáno v Itálii a Německu. Ovšem oproti roku 1995 došlo v Evropské unii v roce 2005 ke snížení těchto úmrtí téměř o 20 000, neboť v roce 1995 zemřelo na evropských silnicích 63 106 osob.⁹⁰

U infekčních a parazitických onemocnění zaznamenává EU trvalý úbytek jejich výskytu a počet úmrtí v důsledku těchto onemocnění tvoří zhruba 2 % všech úmrtí.⁹¹

V roce 2005 bylo zaznamenáno v EU 28 044 nových případů onemocnění HIV. Celkový počet nakažených osob se v EU odhaduje na 700 000, a z toho se odhaduje, že až 200 000 osob o tom, že jsou nakaženi, neví. V témže roce bylo evidováno 60 000 případů

⁸⁶ COLEMAN, M., ALEXE, D., ALBREHT, T., McKEE, M. *Responding to the Challenge of Cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008. 361 s. ISBN 978-961-6659-20-8.

⁸⁷ tamtéž.

⁸⁸ NIEDERLAENDER, E. *Statistics in focus. Causes of death in the EU*. Luxemburg: European Communities, 2006. 12 s. ISSN 1024-4352.

⁸⁹ Tato databáze zaznamenává data od roku 1994 u členských, ale také kandidátských zemí EU.

⁹⁰ European Commission. *European Community Health Indicators* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&sr=en=detailref&language=en&product=EU_MAIN_TREE&root=EU_MAIN_TREE/basic/sd/sd_tr/sd_tr_imp/tsdtr420.

⁹¹ NIEDERLAENDER, E. *Statistics in focus. Causes of death in the EU*. Luxemburg: European Communities, 2006. 12 s. ISSN 1024-4352.

tuberkulózy v EU-25 a toto onemocnění se ve většině států Evropské unie vyskytuje vzácně.⁹²

Ovšem proces globalizace s sebou přináší celou řadu faktorů, které zvyšují riziko globálního šíření infekčních onemocnění. Jedná se zejména o rozvoj mezinárodní dopravy, změny v lidském chování a osídlení, mikrobiologická adaptace a rezistence na dostupné léky, klimatická změna.

Infekční onemocnění tedy představují pro Evropskou Unii potenciální hrozbu v souvislosti s procesem globalizace, například v souvislosti s cestováním a turismem. Podle informací Eurostatu v roce 2004 podniklo téměř 197 milionů občanů EU přes 408 milionů zahraničních cest.

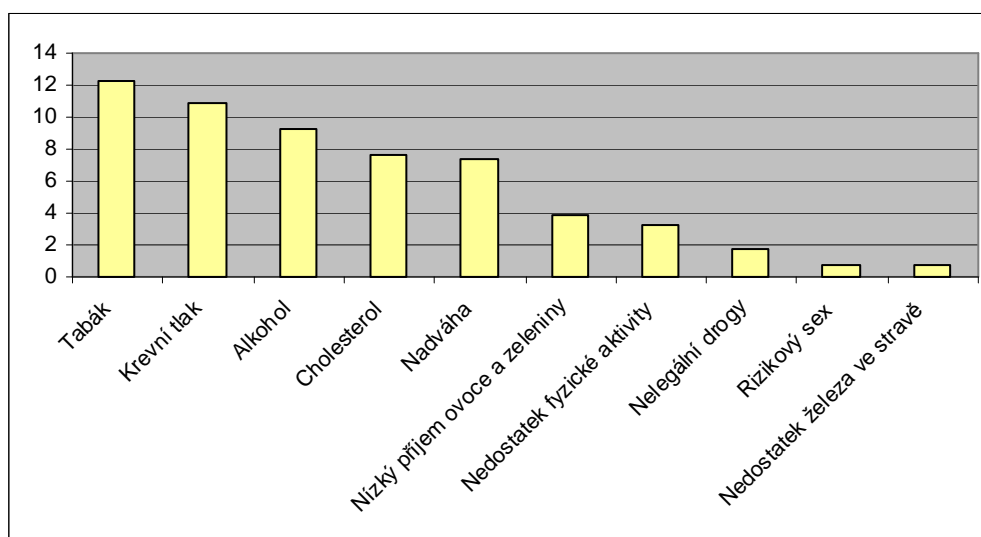
Jak již bylo uvedeno v první kapitole, v souvislosti se zdravím je používán také ukazatel DALYs, zejména pro vymezení a srovnání hlavních zdravotních rizik a dopadů nemocí na společnost. V další části proto uvádím zejména informace týkající se hlavních příčin DALYs u vyspělých zemí a podíl onemocnění a faktorů na globální DALYs a na DALYs Evropské unie.

Ve vyspělých zemích se na úmrtích a DALYs podílejí nejvíce rizikové faktory související s nevhodnou životosprávou (krevní tlak, cholesterol, nadváha, nízký obsah zeleniny a ovoce ve stravě), návykové látky (zejména tabák, alkohol) a rizika spojená se stavem životního prostředí (znečištění ovzduší). V grafu 2.5 jsou uvedena jednotlivé zdravotní rizika nejvíce se podílející na DALYs vyspělých zemí. Jedná se o tabák, krevní tlak, alkohol, cholesterol, nadváhu, nízký příjem ovoce a zeleniny, nedostatek fyzické aktivity, nelegální drogy, rizikový sex a nedostatek železa ve stravě. Prvních pět faktorů se podílí na DALYs vyspělých zemí téměř jednou polovinou.⁹³

⁹² European Centre for Disease Prevention and Control. *The First European Communicable Disease Epidemiological Report*. Stockholm, 2007. 390 s. ISBN 978-92-9193-062-3.

⁹³ ANTOŠOVÁ, N. Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu. In *Increasing Competitiveness. Regional, National and International Markets. Development – New Challenges*. Ostrava: VŠB- TU Ostrava, 2007. ISBN: 978-80-248-1458-2.

Graf 2.5 Hlavní příčiny DALYs u vyspělých zemí, 2002 (%)



Zdroj: ANTOŠOVÁ, N. *Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu*. 2007.

V následujících dvou tabulkách jsou uvedeny podíly některých onemocnění a jiných faktorů na globálním DALYs, a DALYs EU-25. Tabulka 2.4 uvádí podíly na globálním DALYs. Nejvyšší podíly jsou zde zaznamenány u respiračních infekčních onemocnění, která představují přibližně 87 milionů DALYs, následuje HIV/AIDS s 86 miliony DALYs, a dále unipolární deprese s 67 miliony DALYs. Vysoký podíl má na globálním DALYs také malárie a tuberkulóza.

Tab. 2.4 Podíl jednotlivých onemocnění a faktorů na globálním DALYs, 2002 (%)

Onemocnění	%	DALYs
Respirační infekce	5,8%	87,022,413
HIV/AIDS	5,8%	86,072,449
Unipolární deprese	4,5%	67,294,568
Průjemová onemocnění	4,1%	61,095,069
Ischemická choroba srdeční	3,9%	58,333,612
Mozková onemocnění	3,3%	49,117,639
Jiná neúmyslná zranění	3,3%	48,681,728
Nízká porodní váha	3,1%	46,354,993
Malárie	3,0%	44,715,596
Jiné infekční onemocnění	2,7%	39,956,812
Dopravní nehody	2,6%	38,659,636
Tuberkulóza	2,4%	35,361,041
Porodní trauma	2,3%	34,482,934
Chronická plicní onemocnění	1,9%	27,708,405
Jiná zažívací onemocnění	1,8%	27,354,033
Spalničky	1,8%	27,057,601
Nedoslýchavost	1,7%	26,033,550
Šedý zákal	1,7%	25,250,631
Násilí	1,4%	21,427,433
Zranění způsobená sebepoškozením	1,4%	20,835,502

Zdroj: WHO. *Development of a Preliminary List of Priority Diseases*. 2002.

V tabulce 2.5 jsou zachyceny podíly na DALYs EU-25, kde nejvyšší podíl představují unipolární deprese se 4,5 miliony DALYs, ischemická choroba srdeční s 4,3 miliony DALYs, a dále mozková onemocnění se 3 miliony DALYs. Vysoký podíl představují také následky konzumace alkoholu a výrazný podíl na DALYs EU-25 má i Alzheimerova choroba a jiné demence s 2 miliony DALYs, tedy vyšší hodnotou než je např. u rakoviny plic, prsou, apod.⁹⁴

⁹⁴ WHO. *Development of a Preliminary List of Priority Diseases* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: mednet3.who.int/prioritymeds/report/FinalRep/ResultsREPFIN.doc.

Tab. 2.5 Podíl onemocnění a faktorů na DALYs EU-25, 2002 (%)

Onemocnění	%	DALYs
Unipolární deprese	7,8%	4,562,824
Ischemická choroba srdeční	7,4%	4,352,119
Mozková onemocnění	5,3%	3,098,672
Následky konzumace alkoholu	4,2%	2,473,940
Jiné kardiovaskulární onemocnění	3,9%	2,265,104
Alzheimerova choroba a jiné demence	3,5%	2,045,695
Nedoslýchavost	3,4%	2,016,587
Rakovina průdušek a plic	3,3%	1,931,408
Chronická plicní onemocnění	3,0%	1,791,685
Jiná zažívací onemocnění	2,8%	1,640,727
Jiné zhoubné nádory	2,5%	1,468,537
Osteoartróza	2,4%	1,413,905
Dopravní nehody	2,4%	1,406,167
Jiná neúmyslná zranění	2,1%	1,225,167
Cukrovka	2,0%	1,187,376
Rakovina tlustého střeva a konečníku	1,9%	1,139,030
Cirhóza jater	1,9%	1,112,110
Zranění způsobená sebepoškozováním	1,8%	1,087,030

Zdroj: WHO. *Development of a Preliminary List of Priority Diseases*.2002.

V závěru této kapitoly zmíním pár základních údajů o zdraví k České republice. Struktura nemocnosti i hlavních příčin úmrtí je podobná jako u zbytku vyspělých zemí, tzn., že převažují civilizační choroby.

2.5 Situace v oblasti zdraví v České republice

V České republice je kladen velký důraz na zdraví a péči o něj, stejně jako v ostatních vyspělých zemích. České zdravotnictví prochází řadou změn, např. v letošním roce jsme zaznamenali zavedení přímých poplatků u lékaře, poplatků za recept, využití pohotovosti a další změny, které by měly stabilizovat situaci v sektoru zdravotnictví. Touto problematikou se ovšem ve své diplomové práci zabývat nebudu, neboť se jedná o téma složité a obsahově značně rozsáhlé, nespádající do vymezení tématu mé diplomové práce.

V České republice byla očekávaná délka života pro rok 2005 - 76 let. U žen je tato očekávaná délka života 79 let a u mužů 72,4 let.

Česká republika nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu lidí, ale přesto nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších státech. Podle WHO v současné době charakterizuje stav populace vyspělých zemí s tržní ekonomikou a bývalých socialistických zemí, deset hlavních příčin nemocnosti, a to:

- ischemická choroba srdeční,
- unipolární deprese,
- cévní mozkové nemoci,
- dopravní úrazy,
- následky konzumace alkoholu,
- osteoartróza,
- nádorové nemoci trávicího ústrojí, průdušek a plic,
- poranění,
- vrozené vady.⁹⁵

Co se týče struktury nemocí v ČR, ta je podobná jako u většiny vyspělých států, hlavní příčinou úmrtí jsou kardiovaskulární onemocnění, následovány pak rakovinou. Na prvním místě příčin úmrtí jsou v ČR cévní nemoci oběhové soustavy – až 60 % příčin úmrtí, na druhém místě nádorové onemocnění – až 25 % příčin všech úmrtí a na třetím místě úrazy – až 8 % příčin všech úmrtí. Úmrtnost v České republice v posledním desetiletí 20. století

⁹⁵ HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

výrazně klesá, na druhé straně výskyt dlouhodobých a chronických nemocí, zejména nádorových, trvale stoupá. Ve srovnání s nejvyspělejšími státy je většina ukazatelů zdraví populace ČR nadále horší.⁹⁶

Infekční onemocnění se vyskytují v menší míře, tak jako u ostatních vyspělých států, např. co se týče HIV/AIDS, uvádí WHO, že v České republice bylo v roce 2004 zaznamenáno 737 případů HIV, z toho 109 lidí v tomto roce zemřelo v důsledku AIDS. Přitom se v České republice nákaza HIV/AIDS přenáší ve většině případů nechráněným pohlavním stykem, jedná se o více než 84 % všech nálezů. Zajímavý je fakt, že dvě třetiny osob žijících s nálezem HIV/AIDS, jsou obyvateli hlavního města Prahy.⁹⁷

2.6 Shrnutí

Situace v oblasti zdraví je v Evropské unii podobná jako ve zbytku vyspělého světa, tzn., že největší zdravotní rizika představují nepřenosná onemocnění. Jedná se o onemocnění, která představují zátěž pro ekonomiky členských států a Unie, ať už v podobě přímých nákladů s těmito nemocemi spojenými, tak například se ztrátou produktivních let v důsledku těchto nemocí. Bude-li Evropská unie usilovat o dosažení řady ambiciózních cílů v celosvětovém měřítku, je nezbytné, aby usilovala o dobré zdraví svých občanů. Měla by se ve svých strategiích zaměřit na podporu zdravého životního stylu a také usilovat o podporu zdravého stárnutí, vzhledem k tomu, že populace Evropy stárne. Pozornost by měla být věnována také duševnímu zdraví.

V případě nákladů vynaložených na zdravotní péči, vyvstává otázka, zda jsou tyto náklady dostatečné. Tedy zejména v oblasti prevence, neboť stále umírá velký počet osob v důsledku onemocnění, kterým lze z velké části předcházet. Prostředky vynaložené na zdraví nejsou jen náklady, ale rovněž investicemi. Unie i členské státy by měly zvážit, zda by nebylo efektivnější vynakládat větší prostředky na prevenci a ochranu zdraví obyvatel, protože v současné době tyto prostředky představují jen 3 % z celkových nákladů, které

⁹⁶ MZČR : *Zdraví 21 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. [online]. [cit. 15.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>.

⁹⁷ WHO. *Epidemiological fact sheets. HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Czech republic 2006* [online]. [cit. 15.2.2008]. Dostupné na Internetu : <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>.

členské státy vynaloží na zdraví, zatímco zbylých 97 % je použito na náklady vzniklé v důsledku onemocnění.

V další části své práce se zaměřím na činnost Evropské unie v oblasti zdraví a představím strategie související s touto tématikou.

3 Opatření EU v oblasti zdraví

V závěrečné části své práce se budu věnovat opatřením Evropské unie v oblasti zdraví. Přestože se zdravotní stav populace Evropské unie zlepšuje, prodlužuje se očekávaná délka života a dochází ke snižování úmrtnosti, musí EU čelit velkým zdravotním problémům souvisejícím se stárnoucí populací a především s kardiovaskulárními onemocněními a rakovinou. V důsledku těchto onemocnění umírá ročně v EU kolem 3 milionů osob. Proto by se měla Evropská unie zaměřit především na prevenci výskytu těchto onemocnění a na odstraňování či zmírňování špatných návyků svých občanů, jako např. kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, konzumaci kaloricky bohatých potravin a nápojů.

Největším zdravotním problémem v Evropské unii jsou nepřenosná onemocnění, ale infekční choroby představují možnou hrozbu, hlavně v souvislosti s migrací a s rostoucím počtem zahraničních a hlavně exotických cest.

Zdravá populace je také potřebnou hnací silou pro ekonomiku Evropské unie při cestě k ambiciózním cílům, které si EU předsevzala, neboť v souvislosti se závažnějšími onemocněními musí být vynakládány nejen přímé náklady na zdravotní péči a léky, ale také dochází v důsledku těchto onemocnění ke ztrátě produktivních let.

3.1 *Kompetence a subjekty působící v oblasti zdraví*

Zdravotní politika představuje oblast, jež spadá do kompetencí členských států, které nesou hlavní odpovědnost za tuto politiku a za poskytování zdravotní péče svým občanům. V některých oblastech nemohou ovšem členské státy postupovat samy a je účinnější spolupracovat na úrovni Společenství. Jedná se zejména o ohrožení zdraví občanů EU a problémy přeshraničního nebo mezinárodního dopadu, jako bioterorismus či pandemie.⁹⁸

Podle článku 152 Smlouvy o ES: „činnost Společenství doplňuje politiku členských států a je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení lidského zdraví. Tato činnost zahrnuje boj proti

⁹⁸Evropská komise. *Bílá kniha - Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013*[online]. Brusel, 2007. [cit. 9.2.2008]. Dostupné na Internetu: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.

nejzávažnějším chorobám podporou výzkumu jejich příčin, přenosu a jejich předcházení, jakož i zdravotnické informace a zdravotní výchovu.“ Z tohoto článku tedy vyplývá, že se Společenství nesnaží napodobovat nebo opakovat činnost členských států. Do kompetencí Společenství spadají opatření v oblasti ochrany veřejného zdraví, bezpečnosti léků a potravin a ochrany zdraví a bezpečnosti při práci, a rovněž otázky týkající se volného pohybu zboží, služeb a osob.

Přitom, aby mohlo být dosaženo co nejlepších výsledků v oblasti zdraví, je zapotřebí spolupráce Společenství a členských států napříč odvětvími. O zdraví se nehovoří pouze ve článku 152 Smlouvy o ES, ale také ve člancích týkajících se životního prostředí, vnitřního trhu, ochrany spotřebitele, sociálních věcí včetně bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, rozvojové politiky, a v dalších člancích.

EU tedy usiluje o bezpečnou zdravotní péči pro všechny, přijímá proto v této oblasti opatření, která zajišťují:

- bezpečnost léčivých přípravků,
- racionalizaci postupů schvalování nových léčiv,
- vývoj léčivých přípravků pro vzácná onemocnění, které jsou potřeba jen v malých množstvích,
- bezpečnost zdravotnických prostředků, např. implantátů pro kyčelní protézy a kardiostimulátorů.

Celoevropské normě podléhá používání, distribuce a skladování krevních produktů, tkání a buněk, které jsou používány v lékařství a orgány určené k transplantaci. Také byla zavedena jednotná norma bezpečnosti a kvality darovaných orgánů. Pravidla týkající se dárcovství, získávání, zkoušek, zpracování, konzervace, skladování a distribuce tkání a buněk jsou stejná v celé EU.

Významnou úlohu Společenství v souvislosti se zdravotní politikou potvrdila také Reformní smlouva⁹⁹, která navrhuje posílení politického významu zdraví. Tato smlouva navrhuje nový cíl politiky EU, a to podporu dobrého zdravotního stavu občanů a vyzývá k větší spolupráci členských států nejen v oblasti zdraví, ale i zdravotních služeb.

⁹⁹ Reformní smlouva byla schválena v Lisabonu 19. října 2007.

Evropská unie musí v oblasti zdraví a zdravotní péče, stejně jako v dalších oblastech, čelit některým problémům, které s sebou přináší prohlubování integrace. Například v souvislosti s uplatňováním principů společného trhu, jako je volný pohyb osob a služeb, se vyskytly oblasti, které bylo potřeba řešit na úrovni celé Unie. Přestože je zdravotní politika v kompetenci členských států, bylo potřeba v této oblasti zajistit, aby byla občanům poskytnuta jistota, že v rámci celého území Unie budou kvalitně ošetřeni i v jiných členských státech za stejných podmínek, jako občané daného státu.

Jedním z kroků, který byl v této oblasti učiněn, je přijetí ***Evropského průkazu zdravotního pojištění***. Jedná se o doklad, který usnadňuje přístup k lékařskému ošetření při přechodném pobytu v jiném členském státě, přičemž je ošetření poskytováno podle pravidel tohoto členského státu. Pokud je zde zdravotní péče poskytována bezplatně, bude i občan jiného členského státu po předložení evropského průkazu zdravotního pojištění ošetřen bezplatně. Evropský průkaz může být vydán každému, kdo je pojištěn nebo na koho se vztahuje zákonný systém sociálního zabezpečení v jakékoli zemi Evropské unie nebo v Norsku, Lichtenštejnsku, Švýcarsku a na Islandu.

Další oblast, kterou bylo potřeba upravit, vznikla v souvislosti s právem občanů EU na usazování a poskytování služeb v kterémkoli členském státě Evropské unie. Jedná se o oblast uznávání kvalifikací, kdy odlišné předpisy představovaly překážku pro základní svobody Jednotného vnitřního trhu. Evropská komise ovšem usiluje o překonání těchto překážek prostřednictvím předpisů o vzájemném uznávání kvalifikací mezi členskými státy. Evropská unie reformovala v nedávné době systém uznávání kvalifikací, aby napomohla stát se pracovnímu trhu více flexibilnějším.

Hlavním orgánem Evropské unie, který se podílí na řízení, výkonu a implementaci zdravotní politiky, je Evropská komise. Jedná se o orgán výkonný a představuje klíčovou instituci v centru rozhodovacího procesu Evropské unie.

Činnost Komise je zabezpečována prostřednictvím Generálních ředitelství a úřadů, tzv. specializovaných služeb. O celkový chod Komise se stará Generální sekretariát. Komise má zhruba 25 000 zaměstnanců. Každý členský stát si volí svého zástupce, přičemž komisařem pro zdraví a ochranu spotřebitele je v současné době Markos Kyprianou, jež je zástupcem Kypru.

Činnost Komise v oblasti zdraví je zabezpečována prostřednictvím ***Generálního ředitelství pro veřejné zdraví a ochranu spotřebitele***. Jeho hlavním úkolem je zajištění ochrany zdraví, bezpečí a ekonomických zájmů spotřebitelů a zdraví na úrovni Evropské unie.

V rámci svého působení provádí Generální ředitelství například tyto činnosti:

- usiluje o zlepšení veřejného zdraví v EU, o prevenci nemocí a o odstranění zdrojů ohrožujících lidské zdraví,
- navrhuje a monitoruje legislativu ve veterinární oblasti, v oblasti zvířecích krmiv za účelem ochrany spotřebitele,
- provádí inspekce uvnitř i vně Evropské unie, které mají zjistit, zda jsou v potravinovém řetězci respektovány hygienické a bezpečnostní předpisy,
- navrhuje a monitoruje legislativu k ochraně spotřebitele, a další.

Mimo tohoto sekretariátu vznikla na půdě Evropské unie celá řada agentur a seskupení, která se zabývají specifickými oblastmi souvisejícími se zdravím. Jedná se například o Úřad pro bezpečnost potravin, Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, a další.

V evropském měřítku byla zdravotním problémům věnována pozornost již v 60. a 70. letech 20. století. První ucelený komplexní zdravotní program, který byl vypracován Světovou zdravotnickou organizací, byl vyhlášen v roce 1980, přičemž jeho evropská varianta byla přijata Evropským zdravotnickým shromážděním v roce 1984.¹⁰⁰

Evropská unie se při formování zdravotní politiky i při posuzování jednotlivých zdravotních problémů řídí zásadami Světové zdravotnické organizace, v současné době především zásadami programu *Zdraví 21- osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu WHO*, i když podle WHO nepřijala EU tento program v plném rozsahu.

¹⁰⁰ WHO. *Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>.

3.2 Program Zdraví pro všechny

Jedná se o regionální program, který je odpovědí na výzvu Světové deklarace zdraví, vytvořit regionální a národní strategie na základě globální politiky. Tento program je v souladu s regionálním akčním plánem HFA – programem hlavních aktivit, který byl přijat v roce 1991 a požadoval, aby do roku 1998 byla předložena obnovená verze této strategie.

Osnova programu WHO pro Evropský region se nazývá *Zdraví 21- zdraví pro všechny v 21.století*. Číslo 21 v tomto případě odpovídá jak století, ve kterém je program realizován, tak počtu vymezených cílů. Ve srovnání s předchozí variantou programu z roku 1991 – *Zdraví pro všechny do roku 2000* – došlo k některým změnám, mimo jiné byla zdůrazněna multisektorová zdravotní strategie. Počet cílů byl snížen z 38 na 21. V příloze č. 6 uvádím přehled těchto 21 cílů.

Stálým záměrem tohoto programu je umožnit všem, aby dosáhli lepšího zdravotního stavu. Hlavními cíly pro zlepšení zdraví, které směřují k realizaci tohoto záměru jsou:

- ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život,
- snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přináší.¹⁰¹

Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami, a to:

- zdraví jako základní lidské právo,
- spravedlnost ve zdraví a solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně mužů a žen,
- účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství i institucí, organizací a resortů rozvoje zdraví.¹⁰²

Tento program se nerozvíjel jen v oblasti působnosti Světové zdravotnické organizace, ale reagovala na něj řada mezinárodních organizací, jako např.: Dětský fond OSN (UNICEF), Rozvojový fond OSN (UNDP), Rada Evropy, Evropská unie.

¹⁰¹ WHO. *Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>.

¹⁰² tamtéž

Program doporučuje členským státům, aby zvážily svou situaci a své možnosti a stanovily si své vlastní úkoly, přičemž by měly brát v úvahu jejich ekonomickou, sociální a právní situaci a možnosti zdravotnických systémů.

3.3 Strategie Evropské unie v oblasti zdraví

Evropská Komise vydává celou řadu opatření, doporučení a strategií, jejichž prostřednictvím vyjadřuje stanoviska EU k určitým oblastem. V oblasti zdraví se věnuje především rizikovým faktorům, které jsem již představila v předcházející kapitole.

Mezi důležité dokumenty vydávané Komisí patří tzv. Bílé knihy, které obsahují návrhy na činnost Společenství v určité oblasti. V některých případech předchází vydání Bílé knihy publikace Zelené knihy, jejímž cílem je zahájit proces konzultací o daném tématu na evropské úrovni. Po schválení Radou se z Bílé knihy může stát akční program Unie pro danou oblast. Bílá kniha má pro členské státy EU pouze doporučující povahu, je nezávazným dokumentem.

V následujícím textu představím akční program veřejného zdraví pro minulé období (2003-2008), i pro období současné (2008-2013) a také Bílé knihy související se zdravím. Tyto strategie reagovaly na současné zdravotní problémy svých občanů.

3.3.1 První akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví na období 2003-2008

Od roku 1993 existovalo v Evropské unii osm akčních programů Společenství v oblasti veřejného zdraví, které byly ovšem od roku 2003 nahrazeny *Prvním akčním programem Společenství v oblasti veřejného zdraví*. Jedná se o tyto programy:

- Podpora zdraví
- Monitorování zdraví
- Přenosná onemocnění
- Rakovina
- Vzácná onemocnění
- Prevence zranění

- Onemocnění související se znečištěním prostředí
- Drogová prevence

První akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví byl přijat rozhodnutím Evropského parlamentu 23. září 2002 na období od 1.ledna 2003 do 31.prosince 2007. Jedná se o první integrovaný program Společenství v oblasti veřejného zdraví. Finanční rámec pro provádění programu byl stanoven na období 2003-2007 ve výši 312 milionů EUR¹⁰³, ale v průběhu tohoto období došlo k jeho navýšení v souvislosti s přistoupením 10 nových států k Evropské unii, a to na částku 354 milionů EUR¹⁰⁴. Celkově bylo v rámci tohoto programu financováno přes 300 projektů a jiných akcí.¹⁰⁵

Jako jeho hlavní cíl byla stanovena ochrana lidského zdraví a zlepšení veřejného zdraví. Přitom byly stanoveny tyto obecné cíle:

- zlepšení informovanosti a prohloubení znalostí za účelem rozvoje veřejného zdraví,
- zvýšení schopnosti rychlé a koordinované reakce v případě ohrožení zdraví,
- podpora zdraví a předcházení nemocem tím, že ve všech politikách a činnostech bude brán ohled na rozhodující zdravotní faktory.¹⁰⁶

Tento program byl rovněž formulován s cílem přispět k:

- zajištění vysoké úrovně ochrany lidského zdraví při vypracování a provádění všech politik a akcí Společenství prosazováním integrované a meziodvětvové zdravotnické strategie,
- odstranění nerovnosti ve zdravotnictví,
- posílení spolupráce mezi členskými státy.¹⁰⁷

¹⁰³ Evropský parlament a Rada Evropské unie. *Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č.1786/2002/ES*. [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:CS:HTML>.

¹⁰⁴ OORTWIJN, W., LING, T., MSTHIJSSEN, J. *Interim Evaluation of the Public Health Programme 2003-2008* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu:

http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/evaluation/PHP_evaluation_en.pdf.

¹⁰⁵ EUROPA. *Overview of health strategy* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_en.htm.

¹⁰⁶ Evropský parlament a Rada Evropské unie. *Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č.1786/2002/ES*. [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:CS:HTML>.

¹⁰⁷ tamtéž.

3.3.2 Druhý akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví na období 2008-2013

Na počátku roku 2008 se začal v Evropské unii uplatňovat nový program v oblasti zdraví, který nahradil první akční program a který se stal prostředkem k naplňování nové strategie v oblasti veřejného zdraví přijaté Evropskou unií - *Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008-2013*. Ten stanovuje rámec pro financování evropských projektů a dalších opatření v oblasti zdraví.

Rozpočet tohoto programu dosahuje výše 321,5 milionů EUR¹⁰⁸, přičemž se program bude provádět na základě ročního pracovního plánu, který stanoví prioritní oblasti a mechanismy financování. Spravuje jej Generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele ve spolupráci s Výkonnou agenturou pro program veřejného zdraví. Program je otevřen nejen členským státům EU, ale také zemím ESVO a třetím zemím, zejména těm, na něž se vztahuje evropská sousedská politika. Dále těm, které podaly žádost o přistoupení, kandidátským zemím nebo zemím přistupujících k Evropské unii a zemím západního Balkánu zahrnutých do procesu stabilizace a přidružení.¹⁰⁹

Hlavními cíli tohoto programu jsou:

- zlepšení ochrany zdraví občanů,
- podpora zdraví, včetně snižování zdravotních nerovností,
- vypracovávání a šíření informací a znalostí z oblasti zdraví.¹¹⁰

V rámci tohoto programu byl vypracován seznam zdravotních ukazatelů Evropského společenství – ECHI, přičemž práci na těchto ukazatelích a shromažďování údajů provádějí koordinované pracovní skupiny v úzké spolupráci s Eurostatem a statistickým programem Společenství.

Jak již bylo uvedeno výše, na základě Reformní smlouvy došlo ke změně přístupu k problematice zdraví a zdravotnictví v Evropské unii.

¹⁰⁸ Evropský parlament a Rada Evropské unie. *Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č.1350/2007/ES*. [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:CS:PDF>.

¹⁰⁹ tamtéž.

¹¹⁰ tamtéž.

Velkou výzvou se při tvorbě zdravotních strategií v EU stává nejen stárnoucí populace a nové technologie, ale také rostoucí mobilita občanů uvnitř Společenství, přičemž je žádoucí, aby se zlepšila výměna poskytovaných informací mezi členskými zeměmi.

Evropská unie se rozhodla začlenit otázky týkající se zdraví do všech svých politik, protože zdraví svých obyvatel chápe jako základní prioritu. Přitom je potřeba ve všech politikách posuzovat vliv navrhovaných opatření na zdraví osob. Klíčovou úlohu hraje zvyšování informovanosti občanů.

Tato strategie je první zdravotní strategií Evropského společenství v historii, přičemž jejím hlavním cílem je přinést konkrétní výsledky, kterými selepší zdraví obyvatel.

Navrhuje tři základní strategické cíle, a to:

- ***Podpora dobrého zdravotního stavu ve stárnoucí Evropě*** – problém stárnutí populace Evropské unie je třeba řešit opatřeními na podporu zdraví a prevenci nemocí v průběhu života, a to řešením klíčových otázek, jako je výživa, tělesná hmotnost, spotřeba alkoholu, drog a tabáku, ohrožení životního prostředí, dopravní nehody a úrazy. Konkrétní opatření, která bude Komise v souvislosti s touto problematikou zavádět jsou tato:
 - opatření na podporu zdraví starších osob a pracovní síly a kroky v oblasti zdraví mladých lidí,
 - příprava a provádění kroků v oblastech souvisejících se zdravím, pokud jde o tabák, výživu, alkohol, duševní zdraví a další širší faktory týkající se životního prostředí a sociálně – ekonomického prostředí,
 - nové pokyny ohledně screeningu rakoviny a opatření v oblasti vzácných onemocnění,
 - opatření v oblasti dárcovství orgánů a transplantací.
- ***Ochrana občanů před zdravotními hrozbami*** – ochrana lidského zdraví je povinnost Evropské unie vyplývající z článku 152 Smlouvy o ES. Komise bude v této oblasti nejen vytvářet opatření pro boj s epidemiemi a možným rizikem bioterorismu, ale bude se věnovat také novým výzvám, kterým nebyla ještě zcela věnována pozornost, např. snadnější šíření infekčních chorob v důsledku rozvoje obchodu a dopravy. Také je nutno přijmout konkrétní opatření v souvislosti s nově se vyskytujícími hrozbami pro

zdraví, například související se změnou klimatu. Pod tento cíl také spadá snaha zajistit co největší bezpečnost pacientů v celé Evropské unii. V případě hrozící pandemie vypracuje Evropská unie plán koordinované reakce.

- **Podpora dynamických zdravotních systémů a nových technologií** – protože se zdravotní systémy Evropské unie nacházejí pod silícím tlakem, aby reagovaly na problémy způsobené stárnutím populace, migrace a mobility pacientů a zdravotníků, usiluje Komise o zavádění nových technologií ve zdravotnictví. Přitom se snaží o zlepšení prevence nemocí, poskytování léčby, a také podporuje členské státy a regiony při řízení inovací ve zdravotnictví.

K dosažení těchto strategických cílů by měly vést čtyři základní zásady:

- **Strategie založená na společných hodnotách v oblasti zdraví** – v červnu 2006 přijala Rada prohlášení o společných hodnotách a zásadách systémů zdravotní péče EU. Uvádějí se zde společné hodnoty univerzálnosti, přístupu k dobré zdravotní péči, spravedlnosti a solidarity. Základní hodnotou je přitom posílení práv občanů. Hodnoty, které se týkají zdraví, musí zahrnovat omezení nespravedlnosti v oblasti zdraví, protože i přesto, že se Evropané v posledních letech dožívají delšího věku a jsou také zdravějšími, stále existují v rámci členských států a regionů značné rozdíly a také nespravedlnost v oblasti zdraví. Např. předpokládaná délka života při narození se u žen liší mezi zeměmi EU o 9 let a u mužů o 13 let a úmrtnost dětí se liší až šestinásobně.¹¹¹ Zdravotní politika musí být také založena na nejlepších vědeckých důkazech, které budou vyvozeny ze spolehlivých údajů a informací.
- **Zdraví je největší bohatství** – v roce 2005 byl zařazen mezi lisabonské strukturální ukazatele HLY – ukazatel délky života, kdy je člověk zdravý. Tímto krokem se zdůraznilo, že klíčovým faktorem hospodářského růstu není pouze délka života, ale také očekávaná délka života prožitého ve zdraví. Komise také naléhá na členské státy, aby omezily vysoký počet případů, kdy jsou osoby neaktivní z důvodu špatného zdravotního stavu, přičemž zdůraznila, že úlohou této strategie v mnoha odvětvích je zlepšit zdraví ve prospěch celkového hospodářství.

¹¹¹ Evropská komise. *Bílá kniha - Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013* [online]. Brusel, 2007 [cit. 9.2.2008]. Dostupné na Internetu: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.

- ***Zdraví ve všech politikách*** – zdravotní stav obyvatelstva Evropské unie není předmětem pouze zdravotní politiky, ale klíčovou roli hrají také jiné politiky Společenství. Například politika životního prostředí, regionální politika, zdanění tabákových výrobků, předpisy týkající se farmaceutických a potravinových výrobků, zdraví zvířat, výzkum a inovace v oblasti zdravotnictví, koordinace systémů sociálního zabezpečení, zdraví v rozvojové politice, ochrana zdraví a bezpečnosti při práci, informační a komunikační technologie, ochrana proti radiaci a také koordinace služeb a agentur, které se zabývají dovozem.

Začlenění zdraví do všech politik znamená zapojení nových partnerů do zdravotní politiky. Komise bude také rozvíjet partnerství s nevládními organizacemi, akademickými subjekty a médii.

- ***Posílení hlasu EU v oblasti zdraví na celosvětové úrovni*** – Evropská unie může přispívat k celosvětovému zdraví sdílením svých hodnot, zkušeností a odborných znalostí, protože v dnešním globalizovaném světě je těžké oddělit vnitrostátní opatření od globálních politik, jelikož celosvětové problémy v oblasti zdraví mají dopad na vnitřní zdravotní politiku Společenství a opačně. Přitom příspěvek Evropské unie k celosvětovému zdraví vyžaduje propojení politických oblastí, jako je zdravotnictví, rozvojová spolupráce, vnější opatření, výzkum a obchod. Vliv EU se v oblasti světového zdraví může zvýšit, pokud dojde k posílení koordinace v oblasti zdraví s mezinárodními organizacemi, jako Světová banka, WHO, OSN, OECD, Rada Evropy, Mezinárodní organizace práce, a dalšími.

Při vývoji této nové zdravotní strategie se uskutečnily rozsáhlé konzultace, které prokázaly shodu mezi zúčastněnými subjekty a to především v otázkách, jak by mělo Společenství plnit svou úlohu v oblasti zdraví. Z těchto konzultací také vyplynulo, že si zúčastnění přejí, aby byla zdravotní problematika začleněna do všech politik ES. Společenství by taky mělo mít silnější pozici v oblasti zdraví na celosvětové úrovni a mělo by se zaměřit na podporu zdraví a lepší informovanosti v oblasti zdraví.

Jak již bylo uvedeno výše, významnými dokumenty, jež jsou v oblasti zdraví vydávány jsou tzv. Bílé a Zelené knihy, které reflektují současné problémy v oblasti zdraví Evropské unie. Jedná se zejména o rizikové faktory, které souvisí se životosprávou, například nesprávné návyky v oblasti výživy, spotřeby alkoholu, kouření, apod.

Evropa se potýká se stále větším problémem v oblasti výživy, nadváhy a obezity, proto zde zmíním Bílou knihu vydanou Evropskou komisí právě k této problematice, neboť výživa a tělesná aktivita se staly jednou z priorit politik veřejného zdraví.

3.3.3 Bílá kniha - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou

Tato Bílá kniha byla vydána Komisí v říjnu 2007 jako reakce na prudké zvýšení úrovně nadváhy a obezity u obyvatel EU v posledních třech desetiletích a to zejména u dětí. Evropská unie i členské státy mají velký zájem na řešení problémů spojených s obezitou, protože jak již bylo uvedeno dříve, představují náklady vzniklé v souvislosti s obezitou a nadváhou až 7 % celkových nákladů na zdravotní péči v Unii.¹¹² Očekává se, že se tyto náklady bez změny stravovacích návyků ještě zvýší.

Cílem této Bílé knihy je stanovit integrovaný přístup EU k tomu, jak přispět k omezení nemocí způsobených špatnou výživou, nadváhou a obezitou, přičemž navazuje na Zelenou knihu – *Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob*. V rámci konzultací k této Zelené knize byla zjištěna shoda názorů, že by Společenství mělo přispět k řešení těchto problémů, a to ve spolupráci s celou řadou různých zúčastněných stran na celostátní, regionální a místní úrovni.

V březnu 2005 započala svou činnost Platforma EU pro stravu, fyzickou aktivitu a zdraví s cílem vytvořit na evropské úrovni společné fórum pro všechny zúčastněné subjekty. Tato iniciativa sdružuje hlavní představitele potravinářství, maloobchodu, odvětví stravování, reklamního průmyslu, spotřebitelské organizace a nevládní zdravotnické organizace na úrovni Evropské unie. Kromě této platformy působí v Evropské unii také Síť pro výživu a fyzickou aktivitu, kterou tvoří šest odborníků jmenovaných členskými státy, organizacemi spotřebitelů, Světovou zdravotnickou organizací a nevládními zdravotními organizacemi. Byla zřízena Komisí v roce 2003, aby poskytovala poradenství při vývoji

¹¹² Evropská komise. *Zelená kniha - Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob* [online]. Brusel, 2005. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:CS:PDF>.

aktivit Společenství za účelem zlepšení výživy, snížení a předcházení chorob souvisejících se stravou, k prosazování fyzické aktivity a boji proti nadváze a obezitě.¹¹³

Dalšími opatřeními, která je možno přijmout na úrovni EU k odstranění problémů souvisejících s výživou a se zdravím jsou zejména tyto:

- *Lépe informovaní spotřebitelé* – jedná se o opatření v oblasti nutričního označení a v jiných oblastech, které by měly vést k rozhodování spotřebitelů prospěšného pro jejich zdraví v souvislosti s nákupem potravin a nápojů. Komise věnuje pozornost také reklamě, protože existují důkazy, že reklama na potraviny a jejich uvádění na trh ovlivňuje stravu, hlavně u dětí.
- *Zpřístupnění zdraví prospěšných možností* – zde sehrává důležitou úlohu společná zemědělská politika tím, že zajišťuje dostupnost potravin, které obyvatelé EU konzumují a tím také může ovlivňovat utváření evropské stravy a může tedy bojovat proti nadváze a obezitě. Jedním z konkrétních případů je reforma společné organizace trhu s ovocem a zeleninou, která se snaží podpořit spotřebu v určitém konkrétním prostředí, např. ve školách.
- *Podpora fyzické aktivity* – Evropská unie i členské státy podporují fyzickou aktivitu prostřednictvím celé škály opatření. Komise také zveřejnila Bílou knihu o sportu, a obecně usiluje o zvyšování fyzické aktivity.
- *Prioritní skupiny a prostředí* – EU i členské státy by se měly zaměřit na skupiny osob, které jsou nadváhou a obezitou nejvíce postiženy, zejména na děti. Společně by měla být vytvářena taková opatření, která se již budou touto problematikou zabývat od útlého dětství.
- *Rozvoj poznatků pro podporu tvorby politiky* – Komise i členské státy usilují o rozvoj poznatků v oblasti výživy, proto se snaží získávat informace týkající se chování spotřebitelů, vlivu potravin a výživy na zdraví.

¹¹³ Evropská Komise. *Zelená kniha - Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob* [online]. Brusel, 2005. [cit. 12.3.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:CS:PDF>.

- *Rozvoj monitorovacích systémů* – protože je způsob, jakým jsou shromažďovány vnitrostátní údaje o ukazatelích obezity a nadváhy harmonizován jen málo a tento fakt ztěžuje srovnávání v rámci EU, usiluje Komise o rozvoj monitorovacích systémů. Do roku 2010 by mělo být zavedeno např. Evropské zjišťování stavu zdraví (EHES) s cílem získat objektivní informace o škále měření v souvislosti s výživou, včetně BMI, cholesterolu a hypertenze u namátkou vybraného obyvatelstva.¹¹⁴

V souvislosti se současným stavem v členských státech EU je tedy nezbytné vytvářet opatření a programy, které budou podporovat zdravější životní styl.

Přestože se Unie snaží ukázat členským státům „cestu“ ke zdravějšímu stravování a výživě, záleží především na občanech jednotlivých států, zda budou chtít změnit své návyky, protože je zřejmé, že v posledních letech dochází k nárůstům onemocnění spojených s nadváhou a obezitou. Domnívám se, že opatření, které Unie v této oblasti podniká jsou dostačující a záleží tedy na jednotlivých členských státech, zda se přizpůsobí strategiím EU v oblasti výživy.

Dalším problémem souvisejícím se zdravím, na který se Komise zaměřuje ve svých strategiích a opatřeních, jsou rizika a onemocnění spojená s konzumací alkoholu a také kouřením. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, umírá v EU každý sedmý člověk v důsledku kouření. Nemoci vznikající v důsledku kouření představují značné náklady, ať už přímé náklady na zdravotní péči, nebo náklady v podobě ztráty produktivních let v důsledku těchto onemocnění. Je tedy žádoucí věnovat této problematice větší pozornost. Ale stejně jako u dalších faktorů záleží především na občanech samotných, zda budou chtít přijmout nabízenou „pomocnou ruku“ například v podobě příspěvků na odvykání kouření, apod.

V roce 2007 vydala Komise Zelenou knihu – ***K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU***, která se měla stát novým podnětem pro diskusi mezi členskými státy Unie a také občanskou společností.

¹¹⁴ Evropská Komise. *Bílá kniha - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou* [online]. Brusel, 2007. [cit. 12.3.2008]. Dostupné na Internetu: http://europa.eu/documents/comm/white_papers/index_cs.htm.

K prosazení prostředí bez tabákového kouře již byly v EU učiněny podstatné kroky, když na počátku 90. let byla vydána celá řada směrnic, které omezovaly kouření na pracovišti. V roce 2002 byla vydána doporučení o preventivních opatřeních v oblasti kouření, která vyzývala členské státy, aby poskytovaly ochranu před tabákovým kouřem na vnitřních pracovištích, na uzavřených veřejných místech a ve veřejné dopravě. Kromě těchto legislativních opatření také proběhly dvě protitabákové kampaně ve sdělovacích prostředcích, a to: *Nebojte se říct NE*, která probíhala od roku 2001-2004, a *HELP: Za život bez tabáku*, která probíhá od 2005-2008, které se zaměřily na zdůrazňování rizik pasivního kouření a propagaci životního stylu bez tabáku, zejména mezi mladými lidmi.

Vnitrostátní předpisy k tomuto tématu jsou v jednotlivých členských státech odlišné, ale napříč všemi členskými státy se projevuje trend k nekuřáckému prostředí, který je mimo jiné vyvolán právními požadavky na úrovni EU i mezinárodní úrovni. Každý členský stát má v současnosti nějakou formu regulace zaměřené na omezování expozice tabákovému kouři a jeho škodlivých účinků na zdraví, přitom v celé Evropské unii platí od 1. srpna 2005 zákaz většiny forem reklamy na tabákové výrobky a také sponzorování různých událostí tabákovými firmami. Předpisy Evropské unie také omezují používání přídavných a návykových látek, činí povinným zdravotní varování a stanovují maximální úroveň dehtu, oxidu uhelnatého a nikotinu v cigaretách.

Celkový zákaz kouření ve všech uzavřených prostorech a na všech pracovištích zahrnující i bary a restaurace byl již zaveden v Irsku a Velké Británii.¹¹⁵ Právní předpisy ve prospěch prostředí bez kouře s výjimkami byly zavedeny v Itálii, na Maltě, ve Švédsku, Francii, Finsku a Litvě.¹¹⁶

Další členské státy přijaly zákaz kouření ve všech uzavřených veřejných prostorech a na všech pracovištích s výjimkou pohostinství, kde platí jen částečné omezení. Mezi těmito zeměmi je například Belgie, Estonsko, Kypr, Nizozemí, Slovinsko a Španělsko.¹¹⁷

Přístup České republiky k této problematice je spíše liberálnější. ČR zakazuje kouření v dopravních prostředcích nebo na úřadech, ovšem legislativa je volnější na pracovištích.

¹¹⁵ Evropská Komise. *Zelená kniha - K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* [online]. Brusel, 2007. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0027:FIN:CS:HTML>.

¹¹⁶ tamtéž.

¹¹⁷ tamtéž.

Politiky EU i členských států by měly motivovat občany k tomu, aby s kouřením přestali nebo kouření omezili. Kromě pozitivních efektů je ovšem nutné také brát v úvahu možná rizika, která se snížením počtu kuřáků souvisí, ovšem tato rizika nejsou, ve srovnání s negativními dopady kouření na zdraví a na úmrtnost, velká. Jedná se např. o situaci, kdy v důsledku omezení kouření může dojít v tabákovém průmyslu ke ztrátě zisků a následně ke snížení zaměstnanosti v odvětvích, které s tabákem souvisejí.

Větší problém ale pro členské státy představují ztráty v příjmech z daní z cigaret. I když ve většině členských států EU přináší zdanění cigaret značné daňové příjmy, není jejich podíl na celkovém státním rozpočtu výrazný (1-5 %), s výjimkou České republiky (6 %), Polska (7 %) a Řecka (9 %).¹¹⁸

Další oblastí, které věnuje Evropská unie zvýšenou pozornost, je spotřeba alkoholu. Přestože členské státy mají hlavní odpovědnost za vnitrostátní politiku týkající se alkoholu, podněcuje Společenství spolupráci a koordinaci mezi členskými státy a podporuje jejich činnost. Existují tedy tři úrovně, na kterých jsou opatření v oblasti zdraví přijímána:

- úroveň členských států,
- koordinace vnitrostátních politik na úrovni Společenství,
- opatření Komise na základě jejího oprávnění.

V roce 2006 byla Komisí předložena *Strategie na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem*. Tato strategie se soustřeďuje především na prevenci a snižování nadměrné konzumace alkoholu a některé škodlivé důsledky této konzumace, jako jsou silniční dopravní nehody způsobené řízením pod vlivem alkoholu, apod.

Pro členské státy je žádoucí, aby se tato problematika řešila na úrovni celé Evropské unie, neboť nebezpečná konzumace alkoholu má zásadní dopad na lidské zdraví, ale přináší také. V zemích Evropské unie jsou zejména ohroženi mladí lidé, protože s nebezpečnou konzumací alkoholu je spojeno až 10 % úmrtí mladých žen a až 25 % úmrtí mladých mužů ve věku 15-29 let.¹¹⁹

¹¹⁸ Evropská Komise. *Zelená kniha - K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* [online]. Brusel, 2007. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0027:FIN:CS:HTML>.

¹¹⁹ Evropská Komise. *Strategie na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu:

<http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=2&procnum=INI/2007/2005>.

Hlavními prioritními oblastmi této strategie jsou:

- chránit mladé lidi, děti a plod v těle matky,
- snížit počet zranění a úmrtí při silničních nehodách, ke kterým dochází v souvislosti s konzumací alkoholu,
- předcházet škodám spojeným s alkoholem u dospělých a snižovat negativní dopad na pracovišti,
- informovat, vzdělávat a zvyšovat povědomí o dopadu škodlivé a nebezpečné konzumace alkoholu a o vhodných konzumačních návycích,
- vypracovat, podporovat a udržovat společnou evidenční základnu.¹²⁰

V případě drogové problematiky přijímá Unie protidrogové akční plány, jejichž cílem je především pomocí vzdělávání a osvěty podstatně snížit užívání nedovolených omamných látek a také snížit výskyt souvisejících nemocí a úmrtí. Evropské unii i členským státům poskytuje objektivní a srovnatelné informace o drogách a drogové závislosti *Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost* se sídlem v Lisabonu.

3.4 Shrnutí

Evropská unie přijímá opatření v oblasti zdraví v případech, kdy není efektivní nebo možné, aby tato opatření přijímaly jednotlivé členské státy, přičemž na prvním místě je ochrana a zdraví obyvatel Unie a také je brán zřetel na princip subsidiarity. EU se snaží v mnoha oblastech také ukázat členským státům možné aktivity, které mohou zlepšit konkrétní situace daných států v oblasti zdraví.

V budoucnu bude určitě žádoucí postupovat společně v otázkách zdraví, protože Evropa bude čelit nejen problémům spojených se stárnutím svých obyvatel, s procesem globalizace, ale je také možné, že se vyskytnou zcela nečekané zdravotní problémy a rizika, které bude účinnější řešit na úrovni celé Unie. Přitom je ale nutné brát v úvahu odlišnost jednotlivých zemí, zdravotních problémů i rizik a vytvářet účinná opatření, která budou tyto odlišnosti akceptovat.

¹²⁰ Evropská Komise. *Strategie na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=2&procnum=INI/2007/2005>.

Domnívám se, že opatření, která Evropská unie přijímá jsou dostačující, snaží se především reflektovat současné zdravotní problémy. Podle mého názoru by ovšem mělo dojít k tomu, že Unie bude více apelovat na členské státy a bude vyžadovat, aby přijímaly přísnější opatření v oblasti zdraví. Hlavně v oblastech výživy, kouření, spotřeby alkoholu nebude ponechávat jen na nich samotných, jak budou v těchto oblastech postupovat.

Ovšem záleží hlavně na občanech Unie, zda budou ochotni přijmout to, co jim Unie i členské státy nabízí. Cílem Evropské unie by tedy mělo být především nabádat své občany a také tvůrce zdravotní politiky jednotlivých států k tomu, aby si sami uvědomili, že mohou ovlivňovat svůj životní styl a že ve vyspělém světě jsou stále hlavními příčinami úmrtí onemocnění, kterým lze do značné míry předcházet. Unie by se měla také zaměřit na zdravotní výchovu dětí a mládeže a klást větší důraz na prevenci a předcházení vzniku onemocnění.

Je zřejmé, že tvůrce zdravotní politiky EU si uvědomují, že se vyskytuje celá řada oblastí ve zdraví občanů Unie, ve kterých musí dojít ke zlepšení, chce-li se Evropská unie stát v budoucnu nejkonkurenceschopnější ekonomikou světa, neboť bez zdravého obyvatelstva to není možné. Je nutné, aby si toto uvědomily i samotné členské státy a především občané Evropské unie.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo vymezit základní aspekty problematiky vztahu zdraví a sociálně-ekonomického rozvoje se zaměřením na EU a analyzovat a charakterizovat opatření EU přijímaná pro oblast zdraví.

Zdraví je určováno především genetickými, ekonomickými, sociálními, kulturními a environmentálními faktory a patří mezi významné předpoklady dlouhodobého ekonomického a sociálního rozvoje společnosti. Zdravé obyvatelstvo je také základní podmínkou hospodářské prosperity a produktivity státu. Přitom klíčovým faktorem hospodářského růstu není pouze délka života, ale také délka života prožitého ve zdraví.

Zdraví přispívá k výkonnosti ekonomiky zejména tím, že vede k vyšší produktivitě a nabídce práce, protože od zdravých jedinců můžeme očekávat více odpracovaných hodin a zdravá pracovní síla je také flexibilnější a přizpůsobuje se lépe změnám. Zdraví se také významně podílí na vyšších úsporách a investicích, neboť zdraví lidé mohou pracovat více let a dosáhnout tedy vyšších příjmů, což má dopady na úspory a investice. V neposlední řadě snižuje zdravá populace nároky na financování zdravotnického systému. Prostředky, které jsou vynakládány na zdraví a zdravotní péči nejsou jen náklady, ale rovněž investice. Skutečné náklady pro společnost tvoří přímé a nepřímé náklady, které jsou spojené se špatným zdravotním stavem populace a nedostatečnými investicemi do oblastí zdraví.

Zdraví tedy představuje jednu z nejdůležitějších hodnot našeho života. Ne všichni lidé ovšem mají stejnou šanci na život prožítý ve zdraví, také neexistuje rovný přístup ke zdravotní péči. Zatímco vyspělé země „bojují“ s nemocemi, které jsou zapříčiněny hlavně nesprávnou životosprávou a souvisejí především s výživou, stresem, spotřebou alkoholu, kouřením a nedostatkem pohybu, v rozvojovém světě umírají miliony lidí v důsledku infekčních nemocí.

Obecně lze říci, že čím nižší je úroveň sociálně-ekonomického rozvoje dané oblasti, tím více ovlivňují zdraví infekční nemoci, což souvisí především s chudobou, nedostatečným přístupem k pitné vodě a kanalizaci, s chybějícími hygienickými návyky a s výživou. Přestože do těchto oblastí směřuje významná rozvojová případně humanitární pomoc, stále není dosaženo toho, aby byla všem lidem poskytnuta alespoň základní zdravotní péče.

Řešení problémů spojených s infekčními onemocněními je ovšem žádoucí nejen s ohledem na samotný rozvojový svět, ale i s ohledem na vyspělé země. V globálně provázaném světě se významně zvyšují rizika spojená s šířením infekčních onemocnění, vysoký výskyt infekčních onemocnění v rozvojovém světě tak představuje významná zdravotní rizika pro země vyspělé. Infekční nemoci zhoršují sociální situaci nakažených lidí, zvláště v chudých částech světa, protože nemocní nemohou pracovat, případně je jejich pracovní výkonnost nižší. To může vést ke snížení nebo absenci příjmu nemocného člověka, což vede k propadu životní úrovně celé rodiny. Tato vazba ovšem funguje i naopak. Chudoba lidí žijících v rozvojových zemích jim znemožňuje přístup k potřebné lékařské péči a lékům, preventivnímu očkování a společně s dalšími atributy chudoby, jako je nedostatečná výživa, nedostatečný přístup k pitné vodě a kanalizaci, pak chudoba přispívá k šíření infekčních nemocí. V současné době je pro rozvojové země největší hrozbou epidemie HIV/AIDS, tuberkulóza a malárie.

S růstem životní úrovně roste význam a podíl onemocnění chronických, která jsou spjata zejména se způsobem života populace. V rozvinutých zemích se způsob života na zdravotním stavu podílí zhruba 50-60 %, zatímco životní a pracovní prostředí 10-20 % a úroveň lékařské péče asi 10 %. Moderní způsob života zapříčinil, že ve vyspělých zemích lidé trpí především „civilizačními chorobami“. Vznik i rozvoj těchto onemocnění je způsoben řadou faktorů, mezi které patří průmyslová velkovýroba kaloricky bohatých potravin a významný úbytek fyzické aktivity. Ve vyspělém světě představují hlavní příčinu úmrtnosti kardiovaskulární onemocnění, následovaná rakovinou. Těmto onemocněním lze do značné míry předcházet, proto by měli tvůrci zdravotní politiky usilovat především o prevenci výskytu těchto nemocí a prosazování zdravého životního stylu.

Pro Evropskou unii také představují hlavní zdravotní rizika civilizační choroby, které jsou spjaty s nezdravým životním stylem. Výskyt těchto onemocnění je vysoký a postihuje převážně osoby ve starším věku. Evropa je jediným regionem, kde můžeme očekávat negativní míru růstu populace celkem, a také negativní míru růstu populace v ekonomicky aktivním věku. Proto bude muset EU v nejbližší době řešit především problémy související s trendem stárnutí populace, tzn., že v budoucnu bude čelit nedostatku pracovní síly, zvýšeným nákladům na zdravotní péči a zvýšeným nárokům na systém důchodového pojištění. Evropská unie bude potřebovat zdravou populaci, především proto, aby dosáhla řady ambiciózních cílů, které si předsevzala nejen v ekonomické oblasti. Proto je žádoucí,

aby se zaměřila na podporu zdravého stárnutí. Jelikož v EU převažuje výskyt kardiovaskulárních onemocnění, následovaných rakovinou a protože v důsledku těchto onemocnění dochází také k nejvíce úmrtím, bylo potřeba zaměřit strategie v oblasti zdraví právě na oblast prevence výskytu těchto onemocnění, neboť jim lze do značné míry předcházet. EU se ve svých strategiích zaměřila především na opatření proti kouření, nadměrné spotřebě alkoholu, nesprávné výživě, apod., protože se jedná o faktory, které mají významný vliv na vznik civilizačních chorob.

Zdravotní politika představuje v Evropské unii oblast, která spadá do kompetencí členských států. V některých oblastech však nemohou členské státy postupovat samy a je účinnější spolupracovat na úrovni Společenství. Jedná se zejména o ohrožení zdraví občanů EU a problémy přeshraničního nebo mezinárodního charakteru, jako bioterorismus nebo pandemie.

Evropská unie usiluje o zlepšení zdraví své populace. Vydává v této oblasti strategie, které se zaměřují na klíčové aspekty zdraví. Tyto strategie mohou být pro členské státy „návodem“, jak řešit zdravotní problémy svých občanů. Domnívám se, že přijímané strategie jsou dostačující, ovšem není jednoduché zajistit potřebnou implementaci těchto doporučení, protože je členským státům ponecháván značný prostor pro jejich zavádění. Příkladem může být oblast kouření. Je zřejmé, že v důsledku kouření umírá v EU každý sedmý člověk, ale přesto je ponechána členským státům možnost provádět svou protikuřáckou politiku samostatně. To také vede k tomu, že některé státy k této problematice přistupují liberálněji, než by bylo potřeba.

Domnívám se tedy, že v oblastech, které takto významně ovlivňují lidské zdraví by měla být přijímána společná rozhodnutí a společný postup Unie a členských států, aby bylo dosaženo lepších výsledků v oblasti zdraví občanů EU.

Závěrem chci podotknout, že zvolené téma mě velmi zaujalo, neboť jsem získala mnoho informací v oblasti zdraví nejen v globálním měřítku, ale také na úrovni Evropské unie. Přitom mě jazykově obohatily použité cizojazyčné publikace.

Seznam použité literatury

Publikace:

1. ANTOŠOVÁ, N. *Globální problémy lidstva*. 1.vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská – TUO, 2006. 71 s. ISBN 80-248-1048-4.
2. ANTOŠOVÁ, N. Zdraví a ekonomická výkonnost Evropy v globálním kontextu. *In Increasing Competitiveness. Regional, National and International Markets. Development – New Challenges*. Ostrava: VŠB- TU Ostrava, 2007. ISBN 978-80-248-1458-2.
3. COLEMAN, M., ALEXE, D., ALBREHT, T., McKEE, M. *Responding to the Challenge of Cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008. 361 s. ISBN 978-961-6659-20-8.
4. DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika*. 1.vyd. Brno: Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity, 1996. 116 s. ISBN 80-210-1466-0.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. *The First European Communicable Disease Epidemiological Report*. Stockholm, 2007. 390 s. ISBN 978-92-9193-062-3.
6. European Commission. *Tobacco or health in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. 295 s. ISBN 92-894-8219-2.
7. European Communities. *Health in Europe*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. 97 s. ISBN 92-79-00410-7.
8. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Health and care in an enlarged Europe*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. 96 s. ISBN 92-897-0244-3.
9. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2007. 100 s. ISBN 978-92-9168_284-3.
10. HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. 1.vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.
11. Informační centrum OSN v Praze. *Fakta a čísla OSN. Základní údaje o Organizaci spojených národů*. 1. vyd. Praha: Reproprint, 2005. 297 s. ISBN 80-86348-02-4.
12. JENÍČEK, V., FOLTÝN, J. *Globální problémy a světová ekonomika*. 1. vyd.. Praha: C.H.Beck 2003. 269 s. ISBN 80-7179-795-2.
13. NIEDERLAENDER, E. *Statistics in focus. Causes of death in the EU*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006. 12 s. ISSN 1024-4352.

14. STAHL, T., WISMAR, M., OLLILA E. *Health in all Policies. Prospects and Potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2006. 320 s. ISBN 952-00-1964-2.
15. SUHRCKE, M., McKEE, M., a kol. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. 140 s. ISBN 92-894-9829-3.
16. SVAČINA, Š., KITNNAR, O., a kol. *Medicína třetího tisíciletí: medi Vize 2000*. 1.vyd. Říčany: Studio Evolving. 2000. 184 s.
17. VOŠTA, M. *Aktuální otázky světové ekonomiky*. 1.vyd. Praha: VŠE. 2000. 30 s. ISBN 80-245-0046-9.
18. WHO. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO. 1999. 230 s. ISBN 92-890-1349-4.
19. WHO. *Preventing chronic Diseases a vital investment*. Geneva: WHO. 2005. 203 s. ISBN 92-4156-300-1.
20. WHO. *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO. 2001. 169 s. ISBN 92-4-156201-3.
21. WHO. *The World Health Report 2003. Shaping the Future*. Geneva: WHO, 2003. 204 s. ISBN 92-4-156243-9.
22. WHO. *The World Health Report 2006. Working together for Health*. Geneva: WHO, 2006. 237 s. ISBN 978-92-4-156317-8.
23. WHO. *World Health Statistics 2007*. Geneva: WHO, 2007. 88 s. ISBN 978-92-4-156340-6.

Internetové zdroje:

24. ALLENDER, S., SCARBOROUGH, P., PETO, V., RAYNER, M. *European Cardiovascular Disease Statistics – Edition 2008* [online]. [cit. 17.3. 2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.ws3.heartstats.web.baigent.net/uploads/documents%5Cproof30NOV2007.pdf>.
25. ANDERSON, P., BAUMBERG, B. *Alkohol v Evropě. Zpráva pro Evropskou unii* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_cz_en.pdf.
26. Cancer Research UK. *Cancer in the EU* [online]. [cit. 15.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/geographic/cancerineu/>.
27. Člověk v tísní. *Sektor zdraví* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.clovekvtisni.cz/index2.php?parent=131&sid=114&id=256>.

28. EUROPA. *Communicable diseases* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/comm_diseases_en.htm.
29. EUROPA. *Duševní zdraví* [online]. [cit. 11.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_cs.htm.
30. EUROPA. *HIV/AIDS* [online]. [cit. 8.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/hiv-aids/index_cs.htm.
31. EUROPA. *Kardiovaskulární onemocnění* [online]. [cit. 7.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_cs.htm.
32. EUROPA. *Meeting the challenge of ageing in good time: some successful policy response* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/06/372&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>.
33. EUROPA. *Overview of health strategy* [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_en.htm.
34. EUROPA. *Rakovina* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_cs.htm.
35. European Commission. *European Community Health Indicators* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=EU_MAIN_TREE&root=EU_MAIN_TREE/basic/sd/sd_tr/sd_tr_imp/tsdtr420.
36. European Commission. *The Social Situation in the European Union 2003* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/SSR2003_brief_en.pdf.
37. EUROSTAT. *Life expectancy at birth* [online]. [cit. 20.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/sd/sd_ph&language=en&product=EU_SD_main&root=EU_SD_main&scrollto=0.
38. EUROSTAT. *Total expenditure on health* [online]. [cit. 12.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/whosis/database/country/compare.cfm?country=CZE&indicator=TotEOHPctOfGDP&language=english>.
39. Evropská komise. *Bílá kniha - Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013* [online]. Brusel, 2007. [cit. 9.2.2008]. Dostupné na Internetu: ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.

40. Evropská komise. *Bílá kniha - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou* [online]. Brusel, 2007. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://europa.eu/documents/comm/white_papers/index_cs.htm.
41. Evropská komise. *Strategie na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=2&procnum=INI/2007/2005>.
42. Evropská komise. *Zelená kniha – K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU* [online]. Brusel, 2007. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0027:FIN:CS:HTML>.
43. Evropská komise. *Zelená kniha - Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob* [online]. Brusel, 2005. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:CS:PDF>.
44. Evropská komise. *Zelená kniha - Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva* [online]. Brusel, 2005. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf.
45. Evropský parlament a Rada Evropské unie. *Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č.1350/2007/ES* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:CS:PDF>.
46. Evropský parlament a Rada Evropské unie. *Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č.1786/2002/ES* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:CS:HTML>.
47. MZČR : *Zdraví 21 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR* [online]. [cit. 15.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>.
48. OORTWIJN, W., LING, T., MSTHUISSEN, J. *Interim Evaluation of the Public Health Programme 2003-2008* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/evaluation/PHP_evaluation_en.pdf.
49. OSN. *Private Health Spending* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map214_ver5.pdf.
50. OSN. *Public Health Spending* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.worldmapper.org/posters/worldmapper_map213_ver5.pdf.
51. OSN. *Rozvojové cíle tisíciletí* [online]. [cit. 22.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zaber/?i=205>.
52. UNAIDS. *Resource needs for an expanded response to AIDS in low and middle-income countries* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.osn.cz/soubory/resourceneedsreport-en.pdf>.

53. WHO/ AFRO. *Chronic Diseases* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.afro.who.int/cdp/epidemiology.html>.
54. WHO. *Cancer* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.
55. WHO. *Cardiovascular Diseases* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
56. WHO. *Deaths and DALYs estimated for 2002 by cause for WHO Member States* [online]. [cit. 23.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/>.
57. WHO. *Development of a Preliminary List of Priority Diseases* [online]. [cit. 10.2.2008]. Dostupné na Internetu: mednet3.who.int/prioritymeds/report/FinalRep/ResultsREPFIN.doc.
58. WHO. *Diabetes* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
59. WHO. *Epidemiological fact sheets HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Czech Republic 2006* [online]. [cit. 15.2.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>.
60. WHO. *Global HIV prevalence has levelled off*. [online]. [citace 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/en/index.html>.
61. WHO. *Health financing policy* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://www.who.int/health_financing/en/.
62. WHO. *Malaria* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html>.
63. WHO. *Obesity and overweight* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
64. WHO. *Tobacco* [online]. [cit. 13.2.2008]. Dostupné na Internetu: http://www.who.int/substance_abuse/facts/tobacco/en/index.html.
65. WHO. *Tuberculosis* [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html>.
66. WHO. *Zdraví 21 – Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [online]. [cit. 10.3.2008]. Dostupné na Internetu: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>.

Seznam zkratk a symbolů

AFRO	Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro Afriku
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
AMRO/PAHO	Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro Severní a Jižní Ameriku
BMI	Index tělesné hmotnosti
CARE	Databáze dopravních nehod
ČR	Česká republika
DALYs	Kombinovaný ukazatel kvantifikující dopady nemocí na společnost
EHES	Evropské zjišťování stavu zdraví
ECHI	Seznam zdravotních ukazatelů Evropských společenství
EMRO	Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro východní Středomoří
ES	Evropská společenství
ESVO	Evropské sdružení volného obchodu
EU	Evropská unie
EU-2	Skupina členských států Evropské unie, které přistoupily v roce 2007
EU-10	Skupina členských států Evropské unie, které přistoupily v roce 2004
EU-15	Skupina členských států před rozšířením Evropské unie v roce 2004
EU-25	Skupina členských států před rozšířením Evropské unie v roce 2007
EU-27	Skupina všech členských států Evropské unie
EUR	Euro
EURO	Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro Evropu
EUROSTAT	Evropský statistický úřad
HDP	Hrubý domácí produkt
HFA	Program Zdraví pro všechny
HFA 21	Program Zdraví pro všechny ve 21. století
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti
HLY	Ukazatel délky života, kdy je člověk zdravý
MNK	Mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

obr.	obrázek
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
SEARO	Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro jihovýchodní Asii
SZO	Světová zdravotnická organizace
tab.	tabulka
TBC	Tuberkulóza
UNAIDS	Program Organizace spojených národů pro HIV/AIDS
UNDP	Rozvojový fond Organizace spojených národů
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
USA	Spojené státy americké
USD	Americký dolar
WHA	Světové zdravotnické shromáždění
WHO	Světová zdravotnická organizace
WPRO	Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro západní Pacifik

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo,
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně ke své vnitřní potřebě diplomovou (bakalářskou) práci užít (§ 35 odst. 3),
- souhlasím s tím, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v Ústřední knihovně VŠB-TUO k prezenčnímu nahlédnutí a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že údaje o diplomové práci, obsažené v Záznamu o závěrečné práci, umístěném v příloze mé diplomové práce, budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO,
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona,
- bylo sjednáno, že užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 25.dubna 2008

.....
Radka Jurášková

Adresa trvalého pobytu studenta:

Březová 1676
735 32 Rychvald

Seznam příloh

Příloha č. 1: Rozvojové cíle tisíciletí

Příloha č. 2: Výskyt HIV u dospělých osob, 2006 (%)

Příloha č. 3: Odhadovaný počet nových případů tuberkulózy, 2005

Příloha č. 4: Rizikové oblasti výskytu malárie, 2006

Příloha č. 5: Pět typů přístupů k podpoře zdraví podle Ewlese a Simnetta, 1995

Příloha č. 6: Cíle programu Zdraví pro všechny WHO

Přílohy

Příloha č. 1 Rozvojové cíle tisíciletí

Cíl 1 Odstranit extrémní chudobu a hlad - snížit na polovinu počet extrémně chudých lidí (žijících z prostředků, které se rovnají, nebo jsou nižší než jeden dolar na den)
- snížit na polovinu podíl lidí trpících hladem

Cíl 2 Zpřístupnit základní vzdělání pro všechny - zajistit, aby všechny děti, chlapci i dívky, absolvovaly plné základní vzdělání

Cíl 3 Prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen - do roku 2005 odstranit rozdíly v přístupu mužů a žen k základnímu a vyššímu vzdělání a do roku 2015 dosáhnout téhož na všech úrovních vzdělání

Cíl 4 Omezit dětskou úmrtnost - snížit o dvě třetiny míru úmrtnosti u dětí mladších 5 let

Cíl 5 Zlepšit zdraví matek - snížit o tři čtvrtiny míru úmrtnosti matek

Cíl 6 Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem - zastavit šíření HIV/AIDS a snižovat procento nově nakažených
-zastavit šíření malárie a dalších závažných chorob a snížit míru jejich výskytu

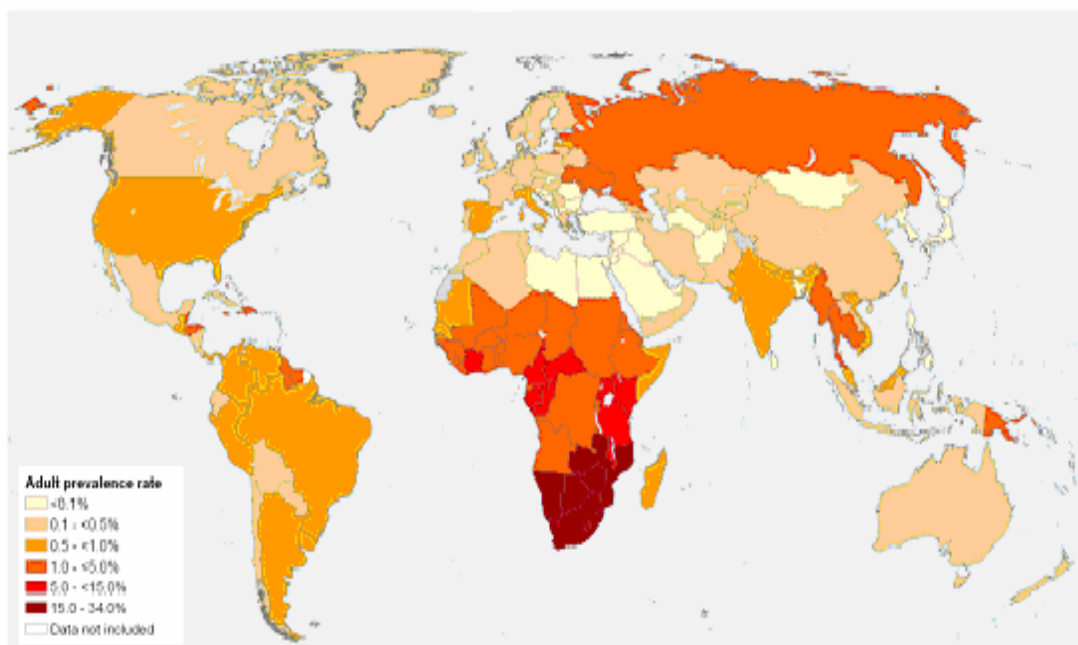
Cíl 7 Zajistit trvalou udržitelnost životního prostředí - začlenit principy trvale udržitelného rozvoje do národních politik a programů; zvrátit proces ubývání přírodních zdrojů
- snížit na polovinu podíl lidí, kteří nemají trvalý přístup k nezávadné pitné vodě
- do roku 2020 dosáhnout výrazného zlepšení životních podmínek alespoň 100 milionů lidí přebývajících v chudinských předměstích velkoměst (slumech)

Cíl 8 Vytvořit globální partnerství pro rozvoj - rozvíjet otevřený obchodní a finanční systém založený na pravidlech, zajistit jeho předvídatelnost a nediskriminační charakter.
- zabývat se otázkou zvláštních potřeb nejméně rozvinutých zemí.

- zabývat se zvláštními potřebami vnitrozemských a malých ostrovních rozvojových zemí
- prostřednictvím opatření na úrovni států i na mezinárodní úrovni komplexně přistupovat k problémům zadlužených zemí a vytvořit dlouhodobou perspektivu jejich řešení
- ve spolupráci s rozvojovými zeměmi vytvořit solidní pracovní příležitosti pro mladé
- ve spolupráci s farmaceutickými společnostmi zajistit dostupnost základních léků v rozvojových zemích
- ve spolupráci se soukromým sektorem zajistit, aby všichni lidé mohli využívat přínosů nových technologií, zejména technologií informačních a komunikačních¹²¹

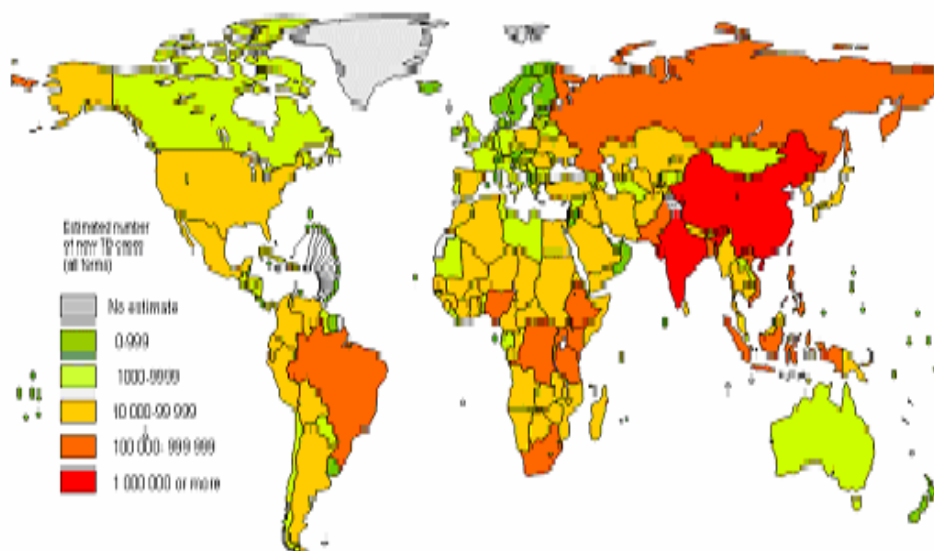
¹²¹ OSN. *Rozvojové cíle tisíciletí*. [online]. [cit. 22.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zaber/?i=205>.

Příloha č. 2 Výskyt HIV u dospělých osob, 2006 (%)



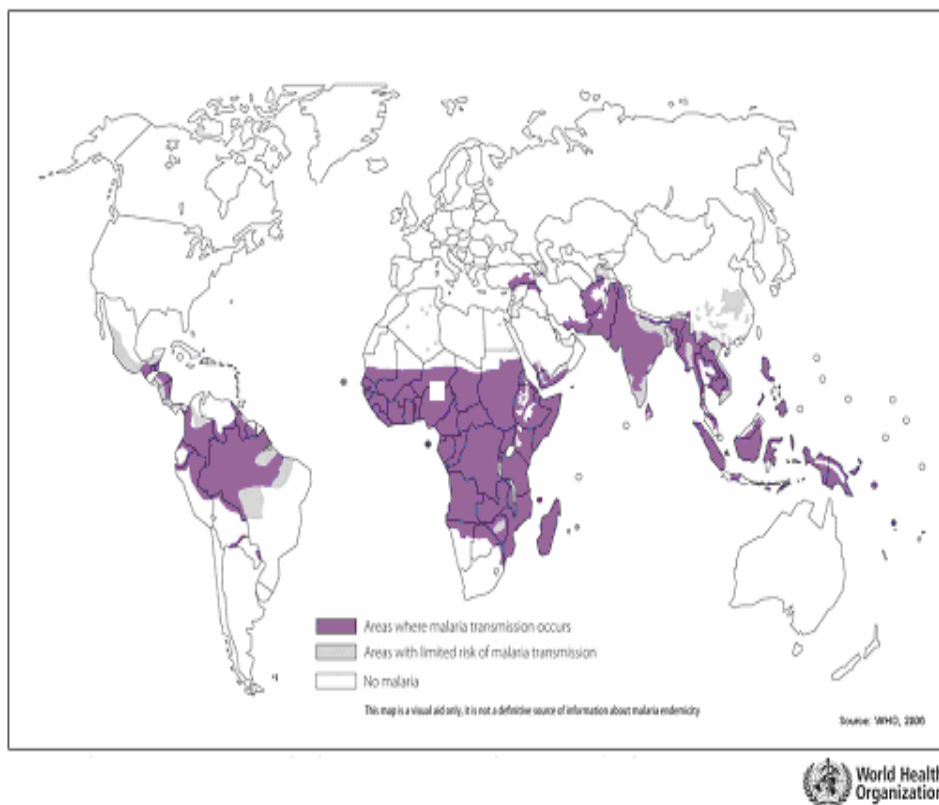
Zdroj : WHO. *A global view of HIV infection*. [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/HIVPrevalenceGlobal2006.png>.

Příloha č. 3 Odhadovaný počet nových případů tuberkulózy, 2005



Zdroj : WHO. *Estimated numbers of new cases*. [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/TB_newcases_2005.png.

Příloha č. 4 Rizikové oblasti výskytu malárie, 2006



Zdroj : WHO. *Malaria risk area*. [online]. [cit. 20.12.2007]. Dostupné na Internetu: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Malaria_RiskAreas_2006.png.

Příloha č. 5 Pět typů přístupů k podpoře zdraví podle Ewlese a Simnetta, 1995

TYP PŘÍSTUPU	CÍL	AKTIVITA PODPORY ZDRAVÍ	DŮLEŽITÉ HODNOTY	PŘÍKLAD - KOUŘENÍ
Medicínský	Osvobození od lékařsky definovaných nemocí a invalidity	Podpora lékařských zákroků v zájmu prevence nebo zlepšení nemocnosti	Pacientův souhlas s preventivními lékařskými procedurami	Cíl – zabránění rakovině plic, srdečním chorobám a dalším nemocem souvisejícím s kouřením činnost – přimět pacienty, aby vyhledávali včasnou diagnózu a léčbu nemocí spojených s kouřením
Změna chování	Chování jednotlivců vedoucí k zabránění nemocí	Změna postojů a chování podněcující k osvojení „zdravějšího“ životního stylu	Zdravý životní styl definovaný podle pracovníka podpory zdraví	Cíl – změna chování od kouření k odvyknutí kouření činnost – vzdělávání přesvědčující nekuřáky, aby nezačali kouřit, a kuřáky, aby přestali
Vzdělávací	Učinit dobře podložená rozhodnutí na základě znalostí a porozumění daného tématu jednotlivci	Informace o příčinách a důsledcích zdraví škodlivých faktorů. Zkoumání hodnot a postojů. Rozvoj dovedností potřebných ke zdravému životu	Právo výběru jednotlivců. Odpovědnost pracovníka podpory zdraví za identifikaci vzdělávacího obsahu	Cíl – klienti budou rozumět vlivům kouření na zdraví. Budou rozhodovat o tom, jestli kouřit či ne a budou se podle toho rozhodnutí chovat. činnost – poskytování informací o důsledcích kouření. V případě zájmu pomoc při odvykání kouření.
Podle klienta	Pracování s klienty podle jejich podmínek	Práce s tématy zdraví, možnostmi a aktivitami, se kterými se klienti ztotožňují. Podpora klienta.	Klienti jako rovnoprávní. Právo klienta sestavit program. Zplnomocnění klienta.	Otázky kouření jsou zvažovány jen v případě, že o to mají klienti zájem. Klienti určují, co chtějí vědět a co chtějí s daným problémem dělat.

Sociální změna	Fyzické a sociální prostředí umožňující volbu zdravějšího životního stylu.	Politické/sociální aktivity zaměřené na změnu fyzického/sociálního prostředí	Právo a potřeba změnit prostředí, aby bylo zdraví prospěšnější	Cíl – udělat kouření společensky neakceptovatelným, aby bylo jednodušší nekouřit. činnost – protitabáková politika na všech veřejných místech. Méně dostupný prodej cigaret, zejména pro děti, podpora nekuřáctví jako sociální normy. Omezení a napadení reklamy na tabák a sponzorství ve sportu.
---------------------------	--	--	--	--

Zdroj: HAVELKOVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Podpora zdraví – poznatky z praxe*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 2003. ISSN 1213-8096.

Příloha č. 6 Cíle programu Zdraví pro všechny WHO

- Cíl 1 – Solidarita zdraví v Evropském regionu
- Cíl 2 – Spravedlnost ve zdraví
- Cíl 3 – Zdravý start do života
- Cíl 4 – Zdraví mladých
- Cíl 5 – Zdravé stárnutí
- Cíl 6 - Zlepšení duševního zdraví
- Cíl 7 - Snížení výskytu infekčních nemocí
- Cíl 8 - Snížení výskytu neinfekčních nemocí
- Cíl 9 - Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
- Cíl 10 - Zdravé a bezpečné životní prostředí
- Cíl 11 - Zdravější životní styl
- Cíl 12 - Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem
- Cíl 13 - Zdravé místní životní podmínky
- Cíl 14 – Společná odpovědnost různých odvětví za zdraví
- Cíl 15 - Integrovaný resort zdravotnictví
- Cíl 16 - Řízení v zájmu kvality péče
- Cíl 17 - Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
- Cíl 18 – Příprava zdravotnických pracovníků
- Cíl 19 - Výzkum a znalosti pro zdraví
- Cíl 20 - Mobilizace partnerů pro zdraví
- Cíl 21 - Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

